Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21931446

MALFORMATIONS

DE

L'UTÉRUS ET DU VAGIN

AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

MALFORMATIONS

DE

L'UTÉRUS & DU VAGIN

AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

PAR

LE DOCTEUR JULIEN PICOT

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS
ET DE LA MAISON D'ACCOUCHEMENTS BAUDELOCQUE
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, rue Casimir-Delavigne, 2

1891

R37710

MALFORMATIONS
DE
L'UTÉRUS ET DU VAGIN
AU POINT DE VUE OBSTÉTRICAL

AVANT-PROPOS

Pendant les quinze mois que nous avons passés dans le service du professeur Pinard, nous avons été à même d'observer plusieurs fois des femmes enceintes atteintes de malformations de l'utérus et du vagin. Si dans certains cas ces malformations n'ont eu aucune influence sur la grossesse et l'accouchement, dans d'autres elles ont nécessité une intervention spéciale en raison des complications qu'elles produisaient. Recherchant dans les auteurs ce qui avait été écrit sur ce sujet, nous avons vu que si certaines de ces malformations étaient bien connues, d'autres, beaucoup plus fréquentes, avaient été peu étudiées ; c'est ce qui nous a décidé, sur les conseils du professeur Pinard, à reprendre cette question et à tâcher de la simplifier, en en faisant un travail d'ensemble, tout en restant le plus possible sur le terrain de la clinique, trop heureux si nous pouvons attirer l'attention sur ce sujet.

Que le professeur Pinard qui n'a cessé de nous prodiguer sa bienveillance et son appui veuille bien accepter l'hommage de ce modeste travail. Nous le remercions vivement de l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous sommes heureux de témoigner notre vive reconnaissance à notre maître le Dr Jules Simon ; il nous a toujours témoigné tant d'affectueux intérêt, ne nous ménageant ni ses conseils ni ses marques de sympathie, que nous tenons à lui en exprimer publiquement ici notre profonde gratitude.

Il ne nous est pas permis d'oublier non plus nos maîtres dans les hôpitaux, les docteurs Besnier, Lancereaux, Benjamin Anger, Gerin-Roze, Ribemont-Dessaignes, Merklen, Josias, Brun et Walther, ainsi que nos amis Boissard, Potocki, Varnier et Lepage.

Historique.

De tous temps les vices de conformation des organes qui composent le corps de l'homme ont été regardés avec curiosité et surprise ; et surtout à l'époque où régnait le surnaturel, tous ces faits qui paraissaient déjà merveilleux, transmis par la tradition, semblaient plus merveilleux encore. Ils étaient observés d'une façon peu rigoureuse et quand on voulait en donner une explication, l'imagination se donnait libre carrière ; la sorcellerie y tenait nécessairement une grande place ; les unions plus ou moins monstrueuses, l'état d'esprit spécial de la femme enceinte étaient regardés comme les causes de ces malformations et prenaient une importance considérable, quand il s'agissait des organes de la génération.

A la fin du XVIIe siècle on étudie tous ces faits un peu plus sérieusement ; on les observe d'une façon plus rigoureuse et Dionis, l'un des premiers, en 1693, publie l'histoire d'une *Matrice extraordinaire* ; mais quant à en chercher l'explication scientifique, ce n'est que plus tard que l'analogie de ces cas exceptionnels dans l'espèce humaine avec ce qu'on observait normalement chez certains animaux fit penser que là était la cause de ces anomalies.

C'est donc par l'anatomie comparée qu'on chercha à rendre compte de tous ces faits observés dans l'espèce humaine ; les malformations trouvées à l'autopsie dans les organes génitaux de certaines femmes se rencontraient

d'une façon constante chez certains animaux, et cette explication semblait suffisante.

Plus tard avec Müller, Coste, Bischoff, Geoffroy St-Hilaire, Cruveilhier, l'embryogénie ayant fait des progrès, et la tératogénie s'étant constituée en tant que science, on laissa de côté l'anatomie comparée et on s'appuya sur l'embryogénie pour expliquer les différentes malformations : « C'est par un arrêt et non un excès de développement, disait Geoffroy St-Hilaire, qu'il faut expliquer la duplicité des organes uniques et médians ».

Depuis, Kussmaul (1), Herrgott, le professeur Lefort (2), Kœlliker (3) se sont occupés de ces malformations au point de vue anatomique ; dans ces dernières années le professeur Tarnier (4), Courty (5), Barnes, Polaillon (6), Würtz (7), Sourice (8), Farges (9), Bourrus (10) ont cherché à tirer de cette étude le côté intéressant au point de vue obstétrical ; mais si ces auteurs ont bien décrit les vices de conformation en général, ils n'ont parlé qu'en passant d'une malformation très importante par sa fréquence et par les accidents dont elle peut être la cause, nous voulons parler de l'utérus cordiforme.

(1) Kussmaul, *Von dem Mangel, der Verkümmerung und Verdopplung der Gæbarmutter*, Wurtzburg, 1859.

(2) Lefort, *Des vices de conformation de l'utérus et du vagin*, th. d'agrég. Paris, 1863.

(3) Kœlliker, *Embryologie*, 2e édition, Traduction Schneider, 1882.

(4) Tarnier et Budin, *Traité d'accouchements*, t. II, p. 198.

(5) Courty, *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1881, p. 191.

(6) Polaillon, *Annales de gynécologie*, 1877.

(7) Wurtz, *Des rapports de certaines malformations utérines avec la grossesse et l'accouchement*, th. Paris, 1878.

(8) Sourice, *Étude sur quelques malformations utérines*, th. Paris, 1884.

(9) Farges, *Contribution à l'étude de la dystocie dans les cas de malformation utérine*, th. Paris, 1881.

(10) Bourrus, *Formes anormales de l'utérus gravide*, th. Bordeaux, 1891.

Aujourd'hui on peut dire que l'embryogénie doit expliquer toutes les malformations utérines et vaginales ; ce que cette science n'explique pas a été mal observé.

Avant de passer à l'étude de ces malformations, nous allons tâcher de faire comprendre quelle est leur genèse et tout d'abord comment se développent les organes génitaux de la femme ; puis nous tâcherons de tirer de cette étude une classification autant que possible clinique.

Développement des organes génitaux de la femme. — Classification des malformations.

Les organes génitaux ont une même origine dans les deux sexes ; ils proviennent des corps de Volff, des canaux de Müller et des glandes génitales.

Le corps de Wolff est un organe transitoire situé sur les côtés de la colonne vertébrale ; déjà bien développé sur un embryon de trente cinq jours, il est formé de deux conduits longitudinaux sur lesquels viennent s'aboucher des tubes flexueux terminés en cœcum ; vers la sixième semaine on voit apparaître sur les côtés du corps de Wolff la glande génitale, renflement qui, augmentant peu à peu de volume en perdant de sa longueur, formera le testicule ou l'ovaire.

De la partie inférieure du corps de Wolff on voit naître un bourgeon creux qui constituera l'uretère.

Le canal de Müller naît quelque temps après celui de Wolff et suit tout son parcours ; il est placé en dehors et au-dessus de lui. A ce moment, les deux canaux sont juxtaposés et s'abouchent près l'un de l'autre dans le sinus uro-génital au-dessous de la vessie (1).

Jusqu'au troisième mois, l'embryon a un sexe indifférent ; c'est alors qu'il va évoluer vers le sexe masculin ou féminin : si c'est le premier qui doit se développer, les conduits de Müller s'atrophient et disparaissent, ne laissant comme vestige que l'utricule prostatique ; les corps de

(1) Kœlliker, *loc. cit.*, p. 1019.

Wolff persisteront pour former l'épididyme et le canal déférent.

L'appareil génital de la femelle se distingue de celui du mâle, au point de vue de la formation des canaux excréteurs, par le fait que chez elle le corps de Wolff disparaît à l'exception d'une petite parcelle qui devient l'organe de Rosenmüller et que Kobelt (1) a appelé parovarium, en démontrant son existence constante chez la femme.

Lorsque le corps de Wolff est arrivé au point culminant de son développement, on trouve un cordon homologue au gubernaculum de Hunter, cordon qui devient plus tard le ligament rond, et qui s'abouche au canal de Müller.

Les canaux de Müller entrent en scène et deviennent le vagin, l'utérus, les oviductes. On a émis plusieurs hypothèses sur la façon dont se développent l'utérus et le vagin.

D'après Rathke (2), la matrice prend naissance, en partie du canal génital, en partie de la portion terminale des tubes de Müller ; la paroi postérieure du sinus uro-génital s'accroît pour devenir un cul-de-sac à l'extrémité duquel les canaux de Müller s'abouchent. Le développement varierait alors suivant la forme que doit prendre l'utérus. Quand l'utérus est simple ou bicorne, le cul-de-sac du sinus uro-génital devient le vagin et le segment inférieur de l'utérus, tandis que le corps de l'utérus et les cornes naissent de la partie inférieure des canaux de Müller. En somme, les différentes formes d'utérus dépendraient de la part prépondérante que prendraient à sa formation le canal génital

(1) Kobelt, *De l'appareil génital*, traduit de l'allemand par Kaula. Strasbourg, 1851.

(2) In Kussmaul, *loc. cit.*

ou les oviductes; ces derniers prenant par exemple une part plus grande dans la formation de l'organe, on aurait alors un utérus bicorne.

Cette théorie (1) rend bien compte des cas dans lesquels on observe une matrice simple à sa partie inférieure et double vers le fond, mais elle n'indique pas comment une matrice double peut exister avec un vagin double.

Bischoff (2) admet la théorie de Rathke, mais d'après lui le vagin proviendrait du canal uro-génital.

En 1852, Leuckart (3) et Thiersh (4) émirent d'après leurs observations une autre hypothèse. Pour Thiersh les canaux de Wolff et de Müller se soudent à leur extrémité inférieure avant d'entrer dans le sinus uro-génital ; les canaux de Müller se soudent de bas en haut et forment un seul canal qui devient le vagin et le corps de l'utérus. Les cornes naissent des parties adjacentes des canaux de Müller qui ne sont pas contenues dans le cordon génital. Pour Leuckart les canaux de Müller se fusionnent sur la ligne médiane formant ainsi un organe impair, le *canalis genitalis,* qui s'élargit et se divise ensuite en utérus et en vagin ; chez la femme cette fusion s'étend en haut jusqu'au point d'insertion du ligament de Hunter.

D'après Kœlliker les canaux de Müller se soudent d'abord dans le milieu du cordon génital, formé comme l'avait montré Thiersh par l'adossement des canaux de Wolff en avant et de ceux de Müller en arrière, puis restent assez

(1) Lefort, th. agrégation.

(2) Bischoff, *Traité du développement de l'homme*, trad. par Jourdan, Paris, 1843.

(3) Leuckart, *Illustr. med. Zeitschr.* 1852, p. 93.

(4) Thiersh, *Illustr. med. Zeitschr.* 1852, p. 11.

longtemps doubles aux deux extrémités du cordon ; on peut comprendre ainsi comment un utérus simple peut coexister avec un vagin double. Dans l'espèce humaine, ajoute Kœlliker, la soudure des canaux génitaux a lieu dans la fin du 2e mois, mais l'utérus est d'abord bicorne dans le 3e mois, peu à peu les cornes se soudent et l'organe devient simple.

On voit donc que les conduits de Müller forment la totalité du canal génital ; les cornes (1) sont normalement peu marquées, le corps de l'utérus les absorbant pour ainsi dire par l'effet de son développement ultérieur ; mais si la portion aux dépens de laquelle se développe le corps de l'utérus se trouve réduite à rien, l'organe se développe aux dépens des cornes qui prennent une importance prédominante et s'ouvrent par deux orifices distincts dans le vagin ; c'est ce qu'on observe chez le lapin. Si la limite entre le vagin et l'utérus se trouve augmentée, les ligaments ronds s'insérant un peu au-dessous du sommet du canal génital, l'utérus sera bicorne avec un corps très peu développé ; c'est ce qui existe normalement chez le rat, le cochon d'Inde. Le corps de l'utérus sera d'autant plus considérable que la limite utéro-vaginale se sera produite à une distance plus grande du sommet. Si les conduits de Müller ne se fusionnent pas, s'ils évoluent isolément, on trouvera deux utérus et deux vagins, comme chez les marsupiaux.

Il résulte de tout ce qui précède que l'utérus et le vagin (2) sont doubles dans l'origine, qu'ils naissent de deux canaux juxtaposés, les canaux de Müller ; ces deux canaux

(1) Pozzi, *Traité de gynécologie*, 1890, p. 1082.
(2) Lefort, *loc. cit.*

d'abord pleins, séparés en haut par la largeur de la colonne vertébrale, s'unissent en bas et se soudent l'un à l'autre. La partie située au-dessus du point de jonction et du ligament de Hunter deviendra la trompe : la portion située au-dessous deviendra l'utérus et la partie utérine du vagin. Chacun de ces cordons se creuse d'une cavité distincte, puis la cloison qui sépare les parties accolées disparaît de bas en haut et le conduit vagino-utérin d'abord double deviendra simple plus tard.

L'embryogénie permet donc de comprendre par des arrêts de développement de quelle façon se produisent toutes les malformations vaginales et utérines.

Si nous restreignons la question des malformations de l'appareil génital de la femme au vagin et à l'utérus, seuls organes qui doivent nous occuper au point de vue obstétrical, nous voyons que la malformation porte tantôt sur le vagin seul, tantôt uniquement sur l'utérus, tantôt sur les deux organes.

Quelles sont les malformations du vagin? Les deux tubes de Müller peuvent rester accolés dans toute leur étendue, la cloison médiane ne se résorbant pas, on aura alors un appareil génital absolument double : il y a deux utérus, deux cols, deux vagins, en somme vagin complètement cloisonné.

D'autres fois la résorption de la cloison ne commence qu'au niveau du col, la portion située au-dessous ne disparaît pas ; on a alors un vagin cloisonné incomplètement.

La cloison peut se résorber incomplètement et laisser des débris qui formeront des replis falciformes, des brides transversales. Si on lit les observations, on voit que ces

brides du vagin ne sont pas complètement transversales, qu'elles sont obliques et que si elles affectent la forme transversale, cela tient à ce que les deux vagins ainsi formés par non résorption d'une partie de la cloison sont rarement accolés comme deux canons de fusil ; ils sont plus ou moins superposés et alors la cloison n'est plus longitudinale mais transversale.

Si les canaux de Müller s'atrophient il y aura absence complète du vagin pouvant coïncider ou non avec l'absence de l'utérus.

Les malformations du canal vaginal peuvent donc se résumer en quatre variétés :

Absence de vagin ;

Cloison vaginale allant jusqu'au col ;

Cloison incomplète ;

Débris de cloison.

Au point de vue obstétrical, l'absence ou l'imperforation du vagin ne présente aucun intérêt, nous la passerons donc sous silence et nous ne nous occuperons que des trois autres variétés.

Si nous passons maintenant aux malformations de l'utérus, nous voyons qu'on peut les diviser en 6 variétés.

1° Atrophie des tubes de Müller. *Utérus deficiens.*

2° Un seul des conduits de Müller se développe complètement, l'autre s'atrophie ou est arrêté dans son évolution. *Utérus unicorne.*

3° Les deux conduits de Müller sont développés normalement, mais ne se sont rejoints qu'au niveau du vagin qui est double. *Utérus didelphe.*

4° La jonction des canaux de Müller se fait au niveau du

col ou un peu au-dessus ; les deux cornes se développent isolément et sont parfaitement distinctes. *Utérus bicorne.*

5° Les conduits de Müller se sont développés, se sont rapprochés normalement, mais la cloison médiane ne s'est pas résorbée. C'est l'utérus de Cruveilhier avec un vagin unique ou double, mais toujours deux cols : *Utérus biloculaire.*

6° La jonction des canaux utéro-tubaires s'est faite à la hauteur normale, mais la cloison ne s'est pas résorbée entièrement et il reste un éperon, ou bien elle s'est résorbée mais le fond de l'organe reste déprimé comme dans les premiers temps de la formation. L'utérus présente une forme ressemblant plus ou moins à un cœur de carte à jouer : *Utérus cordiforme.*

Parmi ces variétés, la 1re n'intéresse en rien l'accoucheur, nous ne nous en occuperons pas et nous décrirons les 5 autres.

Utérus unicorne,
Utérus didelphe,
Utérus bicorne,
Utérus biloculaire,
Utérus cordiforme.

Malformations vaginales.

Nous avons vu qu'au point de vue obstétrical les vices de conformation du vagin sont de 3 ordres :

Cloison complète.

Cloison incomplète.

Débris de cloison.

Lorsque la cloison vaginale est complète, il y a presque toujours un utérus double, la cloison n'est pas placée ordinairement au milieu de l'organe et l'un des conduits, habituellement le gauche, est situé un peu en avant de l'autre. Tantôt les deux vagins sont également développés, tantôt l'un des deux est plus large que l'autre. Dans le cas de vagin complètement cloisonné que nous avons observé à la clinique Baudelocque en 1890 et dont nous rapportons plus loin l'observation, le vagin droit acceptait à peine le doigt.

Une variété (1) importante de cette malformation, variété importante surtout au point de vue gynécologique est ce qu'on pourrait appeler le vagin borgne latéral. Elle est constituée par un développement rudimentaire d'un des conduits de Müller qui a formé un demi vagin, lequel demeure fermé du côté de la vulve, tandis qu'en haut il reçoit un des cols de l'utérus double ou bicorne. Cette disposition siège presque toujours à droite. Ainsi se trouve constituée une poche plaquée contre la paroi du vagin principal où elle

(1) Pozzi, *loco cit.*, p. 1094.

demeure perdue et ignorée jusqu'au moment où elle se remplit de sang à la puberté ou de pus à la suite d'une infection qui s'est communiquée à elle par un point faible de la cloison ; de là prennent naissance des collections bizarres qui déroutent longtemps le diagnostic et qu'on a appelées *hématocolpos* et *pyocolpos* latéraux.

Lorsque la cloison est incomplète, son volume peut être variable, elle peut s'étendre plus ou moins loin et le canal vaginal supplémentaire varie également de volume suivant les cas : tantôt il a un calibre égal tantôt un calibre plus petit.

Les vices de conformation de la troisième variété peuvent affecter des formes très variées : tantôt, il y a un repli falciforme, tantôt des brides transversales, ou des débris de cloison flottant dans le vagin.

Nous devons nous demander tout d'abord si ces différentes malformations empêchent la conception. On peut répondre hardiment : non. Tant qu'il y a un chemin qui puisse être parcouru par le spermatozoaire jusqu'à l'ovaire, la fécondation est possible ; elle est plus ou moins difficile, plus ou moins pénible, mais elle est possible.

Il est cependant des cas où la disposition du canal vulvo-vaginal devient un obstacle absolu à l'accomplissement de la fonction sexuelle en empêchant tout rapport. Bœhmer (1) rapporte qu'à l'ouverture du cadavre d'une femme morte au bout de 36 ans de mariage, il trouva une matrice partagée en 2 cavités avec un vagin double terminé inférieurement par une seule ouverture du milieu de laquelle partait cette cloison. Malgré les tentatives réitérées du

(1) Bœhmer, *Obs. rar. anatom.* 1752.

mari de cette femme, l'acte du mariage n'avait jamais pu être consommé à cause des douleurs qui en résultaient pour l'un et pour l'autre, et l'extrême pauvreté de ces époux ne leur avait pas permis de rechercher les causes de leur impuissance.

Dans cette observation il s'agit d'une atrésie de l'orifice vulvaire plutôt que d'une étroitesse vaginale et on comprend que dans ce cas la fécondation n'ait pas été possible.

On peut donc dire que dans toutes les variétés de malformations vaginales la fécondation est possible.

Il est probable que dans certains cas un seul des canaux de Müller se développe et sert à former le vagin, c'est ce qui doit se produire dans le cas d'utérus unicorne. L'étroitesse du canal peut faire soupçonner ce fait, mais les observations d'utérus unicorne ne semblent pas donner raison à cette hypothèse.

La conception ayant eu lieu, que se passe-t-il ? ¡Si on lit les observations, on voit que la grossesse n'est nullement influencée par le fait de ces malformations du vagin ; l'accouchement peut être plus ou moins retardé, mais il s'est toujours fait sans déterminer de graves accidents ni pour la mère, ni pour l'enfant.

Dans le cas de cloison complète, on n'a signalé aucun retard dans la progression du fœtus.

Lorsque la cloison est incomplète, on a été obligé dans certains cas de l'inciser, la tête fœtale venant appuyer sur ce repli. Il y a une vingtaine d'années c'était la pratique courante : si chez une femme enceinte on reconnaissait la présence d'une cloison incomplète du vagin, on l'incisait vers 8 mois 1/2 pour faciliter l'accouchement, qui autre-

ment, croyait-on, n'aurait pu se faire. Qu'arrivait-il? On ne prenait pas alors toutes les précautions antiseptiques qui sont de rigueur surtout en pareil cas. La femme était exposée à tous les accidents septiques qui suivent les opérations sanglantes et plusieurs fois la parturiente, accouchant prématurément, mourut d'infection.

Aujourd'hui, grâce aux conquêtes de l'antisepsie, les choses ne se passeraient pas de la même façon. Mais comme il est impossible de mesurer le degré de vascularité et de ramollissement de la cloison, il n'y a aucun intérêt à opérer pendant la grossesse.

Au moment du travail, si on voit la tête fœtale entraîner la cloison sans la déjeter de côté, si cette cloison est épaisse et empêche la progression de la tête, on sera autorisé à pratiquer la section, mais il faudra surveiller avec soin, car il y a toujours à craindre une hémorrhagie et on sait combien ce département est vascularisé.

Dans les 3 cas que nous avons observés à la clinique Baudelocque en 1890, nous avons vu dans un cas la cloison rester intacte ; dans les cas de débris falciforme et de cloison incomplète la région fœtale déchira le repli et la cloison ; il n'y eut pas d'hémorrhagie et l'accouchement se fit sans difficulté. Après l'accouchement on trouva dans le vagin des caroncules myrtiformes à l'état géant.

Observation I (Personnelle).

Primipare à terme. — Cloison vaginale incomplète. — Déchirure de la cloison au moment de l'accouchement.

X. 19 ans, domestique, née à Cayeux-sur-Mer (Somme).
Réglée à 11 ans et depuis régulièrement.

Cette femme enceinte pour la première fois a eu ses dernières règles en 1er février 1890 et elle a perçu les mouvements actifs du fœtus en août.

La grossesse n'a rien présenté de particulier.

Cette femme arrive à la consultation de la clinique Baudelocque le 24 octobre 1890. On constate qu'elle est enceinte d'environ 8 mois, que l'enfant est vivant et que l'extrémité céphalique est au fond de l'utérus.

En écartant la vulve, on voit qu'il existe deux orifices au niveau du vagin. Par le toucher on constate qu'il y a une cloison médiane antéro-postérieure assez épaisse, longue de 3 cent. 1/2 environ. Les deux conduits sont facilement dilatables, mais le conduit gauche est plus large que le droit. Un doigt introduit à droite de la cloison et recourbé ressort par le conduit gauche en amenant toute la cloison à la vulve. En arrière de la cloison on constate une seule cavité vaginale et un seul col utérin, mou, mais ayant encore toute sa longueur.

Cette femme ne s'était jamais aperçue de sa malformation vaginale.

Elle est gardée au dortoir.

Quelques jours après son entrée, on trouve l'extrémité céphalique en bas s'engageant à O I G A.

Le 28 novembre 1890 cette femme entre en travail. Les périodes d'effacement et de dilatation se passent normalement. Au moment de l'expulsion, la tête fœtale appuie sur la cloison, et malgré nos efforts pour conserver cette cloison intacte et faire passer la tête en dehors, il se produit une déchirure au niveau de l'insertion antérieure.

Après l'accouchement on ne trouve plus qu'un lambeau épais flottant dans le vagin et paraissant inséré sur la paroi postérieure ; on retrouve cette disposition au moment où la femme quitte la clinique.

Le travail avait duré 18 h. 30 et l'expulsion 55 minutes.

On voit donc que chez cette femme, la cloison vaginale n'empêcha en rien l'accouchement : la progression de la tête

ne fut pas gênée par cette bride qui se plaça en sautoir sur la partie fœtale et se désinséra à une de ses extrémités.

Observation II (Personnelle).

Primipare. — Repli falciforme. — Déchirure de ce repli au moment de l'expulsion.

Henr. B. 24 ans, lingère, née à Paris.

Rien à noter comme antécédents héréditaires et personnels.

Réglée pour la première fois à 13 ans et depuis régulièrement.

Cette femme primipare a eu ses dernières règles le 20 mai 1889 ; elle a perçu les mouvements actifs du fœtus au mois de septembre. Sa grossesse n'a rien présenté de particulier à signaler si ce n'est une laryngite intense pendant les cinq dernières semaines.

Le 10 mars 1890 les premières douleurs se déclarent vers 8 h. du matin et la femme arrive à la clinique Baudelocque à 4 h. du soir le même jour.

On constate une grossesse de 9 mois ; l'enfant est vivant et se présente par le sommet en G. A.

Par le toucher, on trouve le col effacé et immédiatement en avant du col à gauche une bride vaginale à forme de disque biconcave.

Le travail marche régulièrement : à 10 h. du matin le 11 mars 1890, la dilatation est complète ; le professeur Pinard pratique le toucher et constate ceci : sur la ligne médiane et se dirigeant à droite, le doigt rencontre un repli qui semble faire suite directement au bord utérin gauche, mais en insinuant le doigt entre la tête et ce bord, on trouve que ce doigt est doublé en avant et en arrière par un repli falciforme, de sorte qu'à l'heure actuelle la tête a à lutter contre deux orifices.

Au moment de l'expulsion, la bride cède et l'accouchement se termine spontanément par l'expulsion d'un enfant vivant du poids de 3010 grammes.

Le travail avait duré 26 heures et la période de l'expulsion 38 minutes.

Les suites de couches sont physiologiques et la femme quitte la clinique le 11e jour.

Malformations utérines.

I. — Utérus unicorne.

Lorsqu'un des canaux de Müller ne se développe pas ou s'atrophie, l'utérus est réduit à une moitié seulement ; on a donné à cette variété le nom d'utérus unicorne.

Le professeur Lefort (1) a donné 2 variétés d'utérus unicorne.

1° Un des canaux de Müller peut s'atrophier dans toute son étendue et il en résultera l'absence complète d'une moitié de l'utérus, l'absence d'une trompe, l'ovaire, nous l'avons vu, est indépendant.

2° Un des canaux peut ne s'atrophier que dans la partie correspondant à l'utérus, c'est-à-dire depuis l'insertion du ligament de Hunter, et dès lors on pourra constater la présence de la trompe se continuant par un ligament ou du tissu cellulaire condensé en membrane avec la partie latérale du corps et plus souvent du col de l'utérus.

De ces 2 variétés la première seule mérite le nom d'utérus unicorne ; quant à la deuxième (2), Kussmaul, Fürst l'ont considérée comme un utérus unicorne avec une corne rudimentaire, mais Turner, Ruge, Sænger font remarquer qu'il s'agit en réalité d'un utérus bicorne dont l'une des cornes moins développée que l'autre est restée rudimentaire.

(1) Lefort, *loc. cit.*
(2) Tarnier et Budin, *Traité d'accouchements*, p. 198.

Dans notre description, nous ne donnerons comme utérus unicorne que les malformations de la 1re variété, celles de la 2e nous semblant rentrer dans les utérus bicornes.

Lorsque l'utérus est unicorne et qu'il y a grossesse, y a-t-il quelque chose à retenir pour l'accoucheur ? Non, parce que le diagnostic de cette malformation utérine n'est pas fait sur la femme vivante, enceinte ou non. Les cas de Chaussier et d'Everard-Home seraient passés absolument inaperçus si les femmes qui font les sujets de ces deux observations n'étaient pas mortes.

On peut se demander si cette malformation empêche la conception et la grossesse : si on lit les deux observations suivantes, dans lesquelles l'autopsie a permis de reconnaître un utérus unicorne, on voit qu'une des femmes était accouchée 10 fois spontanément, et l'autre 12 fois dont 2 fois de jumeaux.

Observation III.

Le professeur Chaussier (1) a fait voir à l'Assemblée, l'utérus d'une femme morte récemment à l'hospice de la Maternité où elle est venue accoucher peut-être de son 10e enfant vivant, de sexes différents. Cependant cet utérus était incomplet ; il ne consistait pour ainsi dire que dans la moitié du côté droit avec une seule trompe et un seul ovaire. Cette femme présentait d'ailleurs beaucoup d'autres vices de conformation, tels que le déplacement du rein gauche, strabisme, deux ongles au pouce de la main du même côté.

Observation IV.

Une femme (1) de 40 ans mourut à la Maternité six ou sept jours après être accouchée de 2 jumeaux, un garçon et une fille : cette femme avait eu antérieurement 11 enfants des deux sexes.

(1) *Bulletins de la faculté de médecine*, 12 juin 1817, volume 6, page 437.
(2) Everard-Home. *Mem. Of the medical Society of London*, 27 sept. 1787.

A l'autopsie, l'utérus présentait 4 fois au moins son volume ordinaire à l'état de vacuité, mais l'attention des observateurs se porta surtout sur les détails suivants : l'organe n'avait atteint son plein développement que du côté droit où il offrait sa convexité pyriforme et sa courbure habituelles. Du côté gauche, il était limité par un bord rectiligne distant à peine d'un 1/2 pouce de l'axe longitudinal et séparé du bord opposé par un intervalle de plus de deux pouces. Ce n'est pas tout : les vaisseaux utérins et ovariques, la trompe de Fallope, l'ovaire et le ligament large ne purent être découverts à gauche. Les rudiments des annexes furent trouvés couchés à la partie inférieure de la cavité pelvienne en connexion avec le col de l'utérus. Le ligament rond s'insérait à l'épine supéro-interne du pubis du même côté. En disséquant cette masse confuse, on aperçut quelque chose de raccorni et de ratatiné qui ressemblait à un ovaire et qui était perdu dans l'enchevêtrement des parties avoisinantes.

Les autres organes de la génération n'offraient rien de particulier.

Ce dernier cas transmis par Granville est intéressant et prouve qu'un des ovaires étant atrophié, l'autre peut produire des ovules susceptibles de devenir le germe de deux fœtus.

Le diagnostic d'utérus unicorne peut avoir un intérêt scientifique, mais au point de vue pratique, il n'en a pas.

D'après Schrœder (1), le diagnostic de cette anomalie n'est pas absolument impossible. « Il est possible, dit-il, si l'utérus augmenté de volume se dirige en formant un arc et en se terminant par en haut en pointe vers la crête iliaque de l'un des côtés et si l'exploration combinée, interne et externe, permet de reconnaître de l'autre côté une petite tumeur adhérente à l'utérus par un court pédicule.

(1) Schrœder, *Manuel d'accouchements*, p. 349.

L'insertion excentrique et la brièveté anormale de la portion vaginale aident encore à confirmer le diagnostic ».

On a encore donné comme signes d'utérus unicorne, chez la femme non enceinte, le peu de développement du col, l'inclinaison latérale du corps de l'utérus, sa forme en fuseau, mais la grossesse enlève à l'organe tous ces caractères ; à mesure qu'elle progresse, l'utérus se redresse, devient globuleux et le diagnostic est rendu impossible.

Malgré ces différents signes, nombre de femmes pourront devenir enceintes et accoucher normalement tout en présentant un utérus unicorne, sans que cette malformation soit même soupçonnée. La consécration de l'autopsie est nécessaire pour faire un diagnostic rétrospectif.

L'utérus ne s'étant développé que dans une moitié, sa cavité est petite relativement à celle du col. Un point intéressant à étudier, ce serait de savoir si les cas de femmes expulsant toujours avant terme leur produit de conception et chez lesquelles on ne trouve aucune diathèse pouvant expliquer ces avortements à répétition (albuminurie, syphilis, etc.), ne reconnaissent pas pour cause une malformation du genre de celle que nous étudions. Il faut donc mettre un point d'interrogation et voir si, chez ces femmes, il n'y aurait pas un utérus incomplètement développé, ne pouvant pas renfermer un produit de conception jusqu'à terme.

II. — Utérus didelphe.

Les deux conduits de Müller existent ; ils se sont développés isolément et ne se sont accolés qu'en un point de leur longueur et cela au niveau du vagin ; c'est l'utérus des marsupiaux ; il y a véritablement deux utérus et deux vagins, se réunissant plus ou moins bas, et non plus deux corps utérins plus ou moins divergents comme dans l'utérus bicorne. Chaque segment a l'apparence d'un utérus complet.

Ces utérus n'ont aucun rapport avec l'obstétrique ; tous les cas ont été observés chez des petites filles atteintes d'exstrophie de la vessie, d'atrésie de l'anus avec persistance du cloaque et mourant quelques jours après la naissance.

Chez les femmes ayant eu de l'exstrophie de la vessie et qui sont devenues grosses, les faits ont été mal observés, de sorte qu'à l'heure actuelle, il est impossible de les faire rentrer dans les utérus didelphes. Nous devons nous appuyer seulement sur des faits bien observés et tous ceux publiés jusqu'à présent comme utérus didelphes doivent rentrer dans l'utérus bicorne.

Le cas (1) d'utérus et de vagin doubles qui a été communiqué par Aug. Olivier à la Société de biologie en janvier 1870 et qui est regardé par certains auteurs comme un exemple d'utérus didelphe, nous semble rentrer bien plutôt dans la classe des utérus bicornes.

(1) Aug. Olivier, *Gazette médicale*, 1872, avril, n° 14, p. 163.

III. — Utérus bicorne.

Les deux tubes de Müller se sont réunis au niveau du col et s'écartent au niveau du segment supérieur : les cornes se sont développées isolément à droite et à gauche et sont parfaitement distinctes.

Ce type, l'accoucheur doit le connaître, car il offre un intérêt de premier ordre ; son histoire est assez bien faite ; on peut même dire qu'elle est complète. C'est un des chapitres les mieux étudiés parmi les malformations utérines.

On peut observer plusieurs espèces d'utérus bicornes : ou bien le dédoublement s'arrête au niveau du col qui est unique ou bien il se poursuit au-delà du col qui est lui-même cloisonné, et cela plus ou moins loin dans le vagin.

On trouve quelquefois dans les utérus bicornes une bride qui va de la face postérieure de la vessie à la face antérieure du rectum, en passant par dessus la dépression qui sépare les deux cornes utérines et certains auteurs ont regardé cette bride comme la cause de la malformation utérine. Ce repli tiraillé s'enfonce entre les deux lobes utérins et peut devenir une cause de dystocie.

Observation V (1).

Anne-Virginie Mauron, épouse Calais, âgée de 34 ans avait eu 6 grossesses, dont 2 s'étaient terminées par avortement du cinquième au sixième mois, lorsqu'elle mourut d'une péritonite aiguë à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi.

(1) Dumas, *Journal des connaissances médico-chirurg.*, avril 1842.

Livrée aux dissections, elle attira l'attention de l'auteur par la disposition de l'orifice vaginal qui était garni de 2 caroncules médianes, simulant une cloison dont le point d'origine était au-dessous du méat urinaire, et le point de terminaison en arrière de la fosse naviculaire. Le clitoris était peu développé, la fourchette et la fosse naviculaire nulles, la commissure postérieure élargie et sillonnée par une cicatrice de plusieurs centimètres de longueur. La cloison inguinale était divisée en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure, la première plus considérable que la seconde.

La masse intestinale enlevée, la cavité du petit bassin se présente divisée d'avant en arrière par un repli péritonéal que l'auteur appelle cloison recto-vésicale. Des deux côtés de cette cloison, existent deux fosses beaucoup plus profondes en arrière qu'en avant, que séparent encore en deux autres fosses l'une antérieure, l'autre postérieure, deux corps pyriformes lisses, recouverts par le péritoine, et dont la grosse extrémité est dirigée en haut, en arrière et en dehors. Ces corps, on ne peut plus analogues à des matrices sont accompagnés d'une trompe de Fallope, d'un ovaire, d'un ligament rond, d'un large. Les trompes et les ovaires sont très rouges, surtout à droite.

Le vagin long de 85 millimètres et large de 27, se continue avec le col de la matrice, sans que ce dernier fasse saillie dans son intérieur.

La matrice est biscornue. Chacune de ses divisions est pyriforme et longue de 53 millimètres, large de 31, épaisse de 25. Les deux faces des cornes utérines sont à peu près également bombées. Leurs cavités sont ovalaires, colorées en gris-bleuâtre, la longueur de la cavité gauche est de 49 millim., de la cavité droite de 52. Inférieurement elles se réunissent dans la cavité du col. Leurs parois sont fermes et solides, leurs fibres très prononcées, blanchâtres, criant sous le scalpel.

Les deux moitiés de l'utérus sont rarement égales et on peut observer toutes les transitions entre l'utérus avec deux cornes presque également développées et l'utérus avec une corne bien développée et l'autre rudimentaire.

La conception peut avoir lieu dans cette forme d'utérus ; lorsque les deux cornes communiquent avec le vagin d'une manière quelconque, cela s'explique très facilement, mais il peut se faire qu'il n'y ait entre les deux cornes utérines aucune communication et alors dans cet utérus bicorne au niveau de l'isthme, du point de contact des deux conduits de Müller une corne communique librement avec le vagin et l'autre ne communique qu'avec le péritoine. Si cette femme devient grosse, que peut-on observer ? La conception peut se faire dans la corne communiquant avec le vagin ou dans celle communiquant avec le péritoine. Dans le premier cas, c'est tout naturel ; mais comment la conception peut-elle se faire dans la corne qui n'a aucune communication avec le vagin ?

Kussmaul (1), qui l'un des premiers a bien observé un de ces faits, l'a interprété d'une façon particulière. Il a dit qu'il y avait eu à un moment donné communication entre les deux cornes et que par le fait de la grossesse il y a eu oblitération. Aujourd'hui, on sait que cette voie de communication peut ne pas exister, l'oblitération être complète et on explique alors la fécondation de deux façons (2) : ou bien le sperme a pu passer à travers la corne bien développée et la trompe du même côté et à travers la cavité abdominale arriver jusqu'à l'ovaire de l'autre côté et aller y féconder un œuf qui, saisi par la trompe de la corne oblitérée, est arrivé jusqu'à cette corne où il s'est greffé : c'est la migration externe du sperme ; ou bien le sperme a fécondé un œuf qui provenait de l'ovaire de la corne normalement développée

(1) Kussmaul, *loc. cit.*
(2) Schrœder, *loc. cit.*, p. 348.

et cet œuf a été recueilli par la trompe du côté opposé (migration externe de l'œuf). Cette hypothèse émise par Taylor Smith a été vérifiée plusieurs fois.

Laissons de côté ce sujet qui nous entraînerait trop loin ; au point de vue obstétrical l'important est de savoir que dans un utérus bicorne il peut y avoir une corne plus développée que l'autre, que la corne moins développée peut communiquer ou non avec l'autre et cependant la conception se faire.

Demandons-nous maintenant ce qui va se passer chez la femme enceinte qui a un utérus bicorne.

La grossesse peut aller à terme, la femme accoucher normalement et la malformation utérine n'être reconnue qu'incidemment à l'autopsie. Dans l'observation d'Aug. Olivier, dont nous avons déjà parlé à propos de l'utérus didelphe, la femme était accouchée 5 fois à terme sans que la malformation utérine ait été soupçonnée.

Observation VI.

Note (1) *sur un cas d'utérus et de vagin doubles* communiquée à la *Société de biologie* en janvier 1870. (*Résumée*).

Dans le courant du mois d'août 1869 est morte à l'hôpital Lariboisière une femme âgée de 42 ans qui a présenté à l'autopsie une anomalie remarquable des organes internes de la génération.

Mariée à 25 ans, cette femme a eu 5 enfants dont 2 sont morts en bas âge. Les 4 premiers accouchements furent très réguliers, mais au cinquième, on dut appliquer le forceps.

Au moment de son admission elle était, disait-elle, enceinte de 8 mois; 15 jours après, elle accouchait sans difficulté après avoir eu 3 attaques d'éclampsie.

(1) Aug. Olivier, *Gazette médicale,* avril 1872, p. 163.

Trois mois après elle succombait à une cirrhose du foie.

Quoique le toucher vaginal eût été pratiqué, on n'eut aucune notion sur l'existence des dispositions anormales du vagin et de l'utérus.

A l'*autopsie*, en examinant les organes contenus dans le bassin, on fut surpris de constater la présence de deux utérus. — Ces organes sont séparés l'un de l'autre par un intervalle assez considérable dans lequel pouvaient s'insinuer les anses intestinales.

Le corps de l'utérus gauche est plus volumineux que celui du côté droit. Il a atteint un développement considérable, tel qu'on le rencontre chez les femmes qui ont eu plusieurs enfants. Il offre une différence frappante avec le corps de l'utérus droit qui est beaucoup plus petit ; de plus celui-ci a conservé l'aspect que l'utérus présente lorsqu'il n'a jamais subi le développement qu'amène la présence d'un embryon.

La différence entre les deux cols utérins n'est pas moins remarquable. Celui de gauche est déchiqueté ; l'orifice externe est déformé ainsi que cela arrive normalement après plusieurs grossesses, tandis que le col utérin du côté droit présente les caractères du col vierge.

Les annexes de l'utérus n'ont pas subi de modifications notables ; seulement au lieu de se fixer aux deux angles du fond de l'organe, ils s'attachent à l'angle externe de chacun des deux utérus. Ils ont au reste conservé des deux côtés leurs rapports réciproques.

Le vagin est aussi divisé en deux parties par une cloison médiane complète : il n'existe aucune espèce de communication entre le vagin droit et le gauche.

Si dans certains cas la grossesse va à terme, il n'en est cependant pas toujours ainsi. Il y a un point qui domine tout, c'est le développement de la corne qui contient le produit de conception. La grossesse peut être interrompue et cela s'explique très bien, ou bien elle peut aller à terme suivant que la corne est plus ou moins développée. Ces faits sont curieux et intéressants et expliquent pourquoi

certaines femmes devenant enceintes accouchent à terme et devenant de nouveau enceintes, sans avoir été malades, sans avoir eu de traumatisme, avortent.

Il y a des femmes chez lesquelles on a fait le diagnostic d'utérus bicorne et on savait que lorsqu'un fœtus se développait dans la corne droite la grossesse allait à terme, tandis qu'à gauche, la femme avortait.

Goutermann (1) a cité un cas plus singulier, qui rentre dans ce que nous venons de dire : la femme devenait enceinte tantôt dans une corne, tantôt dans l'autre ; toutes les grossesses dans la corne droite au nombre de 9 ont donné lieu à un avortement, sauf une où l'enfant naquit à 7 mois. Les 3 grossesses qui se sont produites dans la corne gauche ont toutes été à terme.

Dans l'observation suivante une femme devenue 14 fois enceinte a eu 14 avortements, une fois elle était enceinte de 2 jumeaux développés en même temps dans la même corne, ce qui au point de vue physiologique se rapproche de ce que nous avons observé dans les utérus unicornes et montre la possibilité d'une grossesse multiple dans une corne utérine.

Observation VII.

Observation anatomique sur la double matrice d'une femme de 48 ans morte à Nancy au mois de novembre 1752, par Bagard, président du Collège royal de médecine de Nancy.

Une femme épouse d'un perruquier avait eu 14 enfants dont aucun n'est venu à terme. Sa constitution était sèche et maigre ; forte,

(1) Goutermann cité par Muller.

laborieuse, elle était toujours en action. Sa mort a été causée par une suppuration des poumons qui a duré deux ans.

A l'ouverture du cadavre, la première attention fut de considérer l'état de la poitrine. On fit ensuite et par occasion l'examen des viscères du bas-ventre et l'on fut surpris de trouver dans le bassin une matrice d'un assez gros volume. Elle fut enlevée avec adresse, à cause des personnes qui assistaient à l'ouverture et qui s'y seraient opposées.

Cette matrice était double ; ce sont deux poires renversées et d'une égale grosseur, un peu aplaties sur leurs surfaces antérieures et postérieures, séparées vers leur fond de l'espace d'un pouce, réunies par leur col et se terminant à un orifice commun.

Une sonde introduite par cet orifice a pénétré dans l'intérieur des deux matrices par des orifices séparés. Une ouverture longitudinale a fait voir dans le centre de chaque utérus une cavité longue, lisse et polie qui aurait pu contenir une grosse olive.

Louis, auteur du mémoire qui publie cette observation, ajoute : des lumières antérieurement acquises sur la possibilité et les effets de cette construction extraordinaire auraient pu rendre ce fait plus intéressant. Il était absolument neuf pour M. Bagard, mais il lui a suggéré quelques réflexions sur les avortements, toujours précédés et accompagnés de grandes pertes de sang et qui ont mis une fin prématurée à toutes les grossesses de cette femme. On les avait attribués à sa grande vivacité, à son travail habituel toujours forcé et à l'abondance du sang. M. Bagard estime qu'ils venaient de la structure des deux viscères réunis et de la multiplicité des vaisseaux utérins qui y déterminaient une surabondance de sang.

La grossesse peut aller à terme dans une corne qui se laisse suffisamment distendre et l'accouchement avoir lieu normalement, tandis qu'à une grossesse ultérieure dans

une corne qui ne peut subir une distension suffisante la matrice se rompt.

Observation VIII.

On lit (1) dans les *Transactions philosophiques*, n° 48, que le 6 janvier 1669 Benoit-Vassal, chirurgien à Paris, fit l'ouverture du corps d'une femme âgée de 32 ans, d'un tempérament sanguin et d'une très forte constitution. Elle avait 2 matrices dont l'une, qu'il appelle la véritable parce qu'elle occupait le milieu du petit bassin, avait servi à la conception d'onze enfants, dont 7 mâles et 4 femelles tous nés à terme et parfaitement conformés. Mais cette mère si féconde conçut un douzième enfant dans la deuxième matrice contiguë à la vraie, mais dans un lieu si étroit et si peu susceptible de dilatation, que le fœtus après avoir causé à sa mère pendant 2 mois 1/2 des accidents très dangereux, rompit enfin sa prison à 3 ou 4 mois et mourut en causant la mort de sa mère, qui tomba dans des mouvements convulsifs très violents, occasionnés par l'effusion du sang dans la cavité de l'abdomen. Ces convulsions durèrent 3 jours et la mirent au tombeau.

Observation IX.

Une jeune dame (2) de 20 ans, femme de chambre de madame la Dauphine, éprouva tous les symptômes d'une grossesse excepté la suppression des règles, qui continuèrent pendant 5 mois ; le ventre paraissait un peu plus volumineux à gauche. Le 6e mois, elle fut prise de douleurs atroces dans le bas-ventre ; depuis cette époque elle ne sentit plus remuer son enfant. 12 jours après, les mêmes douleurs violentes se renouvelèrent avec des vomissements et des convulsions terribles, et la malade mourut à 5 h. du matin avec le ventre excessivement distendu.

(1) *Archives générales de médecine*, 1836, p. 141.
(2) Dionis, *Archives générales de médecine*, 1836, p. 146.

La reine et madame la Dauphine demandèrent que Dionis fit l'examen anatomique du corps ; Daquin et Fagon, premiers médecins de la cour, y assistèrent ; il y fut constaté que la matrice au-dessus de son col formait deux corps séparés et que la conception s'était faite dans la matrice gauche ; la pièce fut enlevée et on constata que la cavité de l'abdomen était remplie de sang, le fœtus était couché sur les intestins ; la matrice qui contenait l'enfant s'était ouverte spontanément par rupture ou crevasse de son fonds : l'arrière-faix tenait encore à une des parois.

Une matrice surnuméraire existait au côté gauche du fond ordinaire de la matrice et en était distante de 2 travers de doigts. Ces 2 corps continus au col de la matrice étaient munis chacun d'un ovaire, d'une trompe et de ligaments larges. Dans le fond de la véritable matrice, qui ne s'éloignait ni de la direction ni de la conformation naturelle de l'utérus humain, il y avait un faux germe de la grosseur d'un petit œuf. Il ne parut pas que le viscère surnuméraire eût une issue dans l'orifice interne ou dans le vagin.

Observation X (*Résumée*).

Utérus partagé dans son corps en 2 lobes divergents et en 2 cavités réunies à un col commun ; grossesse dans l'une de ces cavités ; tumeur située au côté droit du bassin, prise pour un kyste de l'ovaire ; avortement au 5e mois ; rétention d'une portion du placenta, pertes abondantes, perforation ulcéreuse du lobe qui contenait le fœtus, péritonite subite et *promptement mortelle* (1).

Autopsie. — Traces de péritonite, plus manifestes dans le petit bassin que dans le reste du ventre ; fausses membranes molles et dépôt séro-purulent en quantité médiocre dans la cavité du péritoine dont la surface était çà et là pointillée de rouge.

La matrice présentait une forme insolite, son bas-fond était divisé en 2 lobes inégaux et divergents séparés par une incisure médiane profonde ; celui de droite plus allongé, plus volumineux et plus ren-

(1) Dance, *Archives générales de médecine*, 1829, t. XX, p. 540.

flé que celui de gauche offrait en outre vers la partie moyenne et antérieure de sa hauteur une érosion circulaire de 10 lignes de diamètre, à bords frangés et amincis de dedans en dehors, dont l'ouverture paraissait bouchée par une fongosité noirâtre ; cette érosion communiquait directement dans la cavité de ce lobe.

Chaque trompe aboutissait au sommet du lobe correspondant de l'utérus, par conséquent celle de droite se trouvait plus élevée que celle de gauche. La hauteur respective des ligaments ronds variait dans les mêmes proportions. C'est dans le lobe droit de la matrice que la grossesse s'est effectuée, dans celui qui contenait des débris du placenta.

Quelle a été la cause de la perforation ? ne tiendrait-elle pas à ce que les parois appartenant à l'un des lobes d'une matrice double ne pouvant subir une augmentation égale à celle d'un utérus unique (opinion de Littre et d'Eisenmann) et distendu de plus en plus par le produit de conception, finissent par s'amincir, s'enflammer et se rompre en un point comme il arrive ordinairement dans les cas de grossesse tubaire.

Cette observation de Dance est intéressante à plusieurs titres ; d'abord cette femme avorte à 5 mois ; la délivrance n'est pas faite, le placenta reste adhérent au fond de l'utérus ; il se produit du sphacèle et, au moment où l'eschare se détache, une perforation suivie d'une péritonite suraiguë.

Nous verrons dans un cas de malformation utérine observé à Lariboisière la même lésion survenir chez une femme non délivrée présentant également une malformation utérine.

Donc lorsqu'une grossesse a lieu dans une corne suffisamment développée d'un utérus bicorne, la femme pourra accoucher à terme spontanément, mais pas toujours ; déjà il y a une cause de dystocie, la corne vide s'hypertrophiant par influence et venant au niveau du détroit supérieur

oblitérer une partie du bassin et rétrécir d'autant l'excavation.

Müller (1) a rapporté l'observation d'une multipare qu'il assista à deux reprises ; chaque fois une tumeur vint mettre obstacle à l'accouchement qui fut très pénible et se termina par la mort de l'enfant ; l'existence de 2 vagins et d'autres particularités permirent à Müller de reconnaître que la tumeur était constituée par une corne rudimentaire. Borinski (2) a signalé un fait du même genre dans un utérus bicorne, l'enfant se présentait par le siège et la corne vide descendait dans le bassin en même temps que la tête dernière ; on dut terminer l'accouchement par une céphalotripsie. La femme ayant succombé, l'autopsie donna à l'observation de Borinski la consécration anatomique qui manque à celle de Müller.

Dans ces cas la conduite à tenir n'est pas difficile. La région fœtale est très élevée, le col est plus ou moins ouvert; on sent dans l'excavation une tumeur dont on fera plus ou moins le diagnostic. Si cette tumeur est liquide, on la ponctionnera ; si elle est solide, on tâchera de l'écarter. Si elle est enclavée et que son déplacement soit impossible, il faudra alors avoir recours aux grands moyens, basiotripsie ou opération césarienne.

La corne gravide peut subir une distension suffisante pour loger un fœtus à terme, comment ce fœtus sera-t-il accommodé, autrement dit quelle sera sa présentation? C'est un point difficile à élucider à l'heure actuelle, les obser-

(1) Müller, *Arch. für Gynœc.* 1873.
(2) Borinski, *Arch. für Gynœc.* 1876.

vations étant encore peu nombreuses depuis que l'on pratique méthodiquement le palper abdominal.

Il est bien certain que l'accommodation ne peut se faire d'une façon normale, la forme ovoïde de l'utérus ayant disparu. Dans certains cas on a constaté une présentation de l'épaule, d'autres fois une présentation du siège et cela se comprend, mais il est impossible de dire actuellement : telle présentation est la plus fréquente dans les utérus bicornes.

La grossesse suit une marche bien différente de celle que nous venons d'indiquer, lorsque le produit de conception se développe dans une corne rudimentaire ne communiquant pas avec le vagin. La marche de la grossesse dans ce cas a la plus grande analogie avec celle de la grossesse extra-utérine. Les auteurs disent : la grossesse dans ce cas va rarement à terme ; il est évident qu'il est impossible qu'il en soit autrement. Suivant que la corne pourra se laisser plus ou moins distendre par le produit de conception, la grossesse ira plus ou moins près du terme ; on a dit que la rupture de la corne utérine survenait entre le 4e et le 5e mois, mais les observations démontrent qu'il n'en est pas toujours ainsi et que tantôt la rupture se produit dans les premiers mois, tantôt au cinquième et tantôt pas du tout.

La rupture (1), quand elle a lieu, se produit dans le point le moins résistant, en général vers l'insertion de la trompe, le fœtus fait irruption dans la cavité abdominale et la femme peut succomber rapidement à une hémorrhagie ou à une péritonite. Cependant cette terminaison n'est pas la règle.

(1) Tarnier et Budin, *Traité d'accouchements*, t. II, p. 202.

La mort du fœtus peut venir mettre un terme à l'accroissement de la corne et aux dangers de la rupture et dans ces cas on peut voir survenir un faux travail avec expulsion de caduque de la corne normalement développée. Le fœtus peut alors subir toutes les transformations que l'on observe dans la grossesse extra-utérine. Lorsqu'il se transforme en lithopédion, cet état est relativement favorable, mais expose encore la femme à tous les dangers d'un corps étranger dans la cavité abdominale.

Il n'existe qu'un seul cas bien constaté qui prouve que par exception la grossesse a pu aller à terme. Dans ce cas publié par Turner (*Edimb. med. J.* mai 1866, p. 974) les douleurs violentes cessèrent au bout de quelques jours, et à l'autopsie de la femme qui mourut de tuberculose six mois après, on trouva le fœtus dans la corne gauche oblitérée.

Le diagnostic (1) de la grossesse dans une corne rudimentaire offre les plus grandes difficultés. Sur le vivant il ne peut offrir que des probabilités ; car si, hors l'état de grossesse, cette anomalie peut dans certains cas favorables être reconnue par la palpation et par le cathétérisme utérin, à la forme recourbée latéralement et allongée en pointe de la corne perméable, la grossesse modifiera cette forme de la corne accessoire de telle façon qu'il ne sera plus possible de se prononcer avec un peu de certitude.

Dans un cas Koeberlé (2) a pu arriver par élimination à poser le diagnostic de grossesse dans la corne rudimentaire

(1) Schrœder, *loc, cit.*
(2) Kœberlé, *Gazette hebdomadaire*, 1866, n° 34.

d'un utérus bicorne; le fœtus était mort à 7 mois et avait été retenu 21 mois dans la corne rudimentaire.

Même sur le cadavre, le diagnostic est difficile ; cet état peut être pris pour une grossesse tubaire. Toutefois un examen attentif des pièces permettra d'éviter cette erreur ; c'est le point d'origine du ligament rond qui fournit un point de repère sûr. Car dans l'utérus bicorne, il prend son origine en dehors du sac fœtal, dans la grossesse tubaire entre le sac fœtal et l'utérus.

La probabilité du diagnostic peut quelquefois être établie pendant la vie par ce fait que, en général, la corne rudimentaire se rompt plus tard que la trompe, mais on ne peut à l'heure actuelle formuler un diagnostic exact ; il faut attendre que des faits bien observés aient été publiés.

Le diagnostic ne peut être posé d'une façon presque certaine que lorsque par la palpation la main qui palpe perçoit des contractions dans les deux tumeurs.

Observation XI.

Utérus et vagin doubles. — Accouchement à 5 mois d'un fœtus mort et macéré. — Brides amniotiques. — Expulsion d'une caduque de la loge non gravide.

X. primipare, 25 ans, domestique, née à Lille. Rien de particulier comme antécédents héréditaires et personnels.

Cette femme a été réglée à 12 ans 1/2 et depuis elle l'est régulièrement.

Elle a eu ses dernières règles le 26 janvier 1890 et a vu apparaître les mouvements actifs du fœtus au mois de juin et pendant une quinzaine de jours seulement.

Elle arrive à la clinique Baudelocque le 8 juillet 1890 à 4 h. de

l'après-midi ; elle vient consulter parce qu'elle perd un peu de sang et qu'elle a quelques douleurs.

M. Potocki, répétiteur de garde, qui examine cette femme, constate que l'utérus est déjeté à gauche et qu'il remonte jusqu'à l'ombilic comme dans une grossesse de 5 mois.

Le palper ne donne pas la sensation de parties fœtales vivantes.

L'auscultation est négative.

A droite de cette tumeur, M. Potocki en constate une autre beaucoup plus petite, mais qui se contracte sous la main. Il pense alors à une grossesse extra-utérine avec fœtus mort, mais à un certain moment, il perçoit une contraction dans la tumeur de gauche et pense à la possibilité d'un utérus bicorne.

En examinant les organes génitaux externes, il constate que le vagin présente deux orifices au niveau de la vulve ; par le toucher il trouve un double vagin, le gauche est plus développé que le droit, et au fond de chacun des vagins on trouve un col mou ayant encore toute sa longueur ; le doigt introduit dans le vagin droit correspondant à l'utérus non gravide ramène un peu de sang. Cette femme n'étant pas en travail est placée dans une chambre.

Le lendemain matin 9 juillet, le professeur Pinard examine cette femme, confirme le diagnostic et pratiquant le toucher ramène du vagin droit un fragment de caduque.

A 10 heures du soir le 9 juillet, cette femme est manifestement en travail. Les contractions utérines reviennent toutes les 5 minutes. Au toucher on constate dans chacun des deux vagins que l'orifice utérin a une dilatation lenticulaire.

Il semble que la poche des eaux et la partie fœtale viennent se présenter tantôt à un orifice, tantôt à l'autre. Il se fait un léger écoulement sanguin dans le vagin droit.

A minuit, une poche des eaux vient faire saillie à la vulve à travers le vagin gauche ; l'orifice utérin présente une dilatation de la dimension de 5 francs environ. On donne un coup de ciseaux à la poche des eaux, et il s'écoule un liquide foncé, couleur chocolat. En quelques douleurs, la femme expulse un fœtus mort et macéré qui pré-

sente une tumeur de la région ombilicale ; le cordon est petit, peu infiltré et est étranglé par places par des brides amniotiques.

Cette femme sort le 23 juillet après avoir eu des suites de couches physiologiques ; le jour de sa sortie, on constate au moyen du spéculum que la cloison vaginale est complète et que au fond de chaque vagin il y a un col qui fait partie d'une cavité utérine distincte. Le toucher du vagin droit est douloureux.

La malformation utérine constatée chez cette femme est-elle la cause de l'expulsion prématurée du produit de conception ? Non, l'avortement est dû à une autre malformation ; il y avait des brides amniotiques enlaçant le cordon et du reste ce fœtus était macéré et on pouvait attribuer sa mort, qui remontait à 15 jours, à cet enserrement du cordon, qui était presque sectionné, par une bride amniotique et non à la forme de l'utérus.

Si dans ce cas le diagnostic a pu être fait, c'est que les deux tumeurs, celle qui contenait le produit de conception et l'autre se contractaient et que la main pouvait percevoir ces changements de consistance.

D'une façon générale, dans les utérus bicornes, l'important est de faire le diagnostic d'une façon assez claire pour en déduire l'intervention, et ici la question se simplifie.

Voici un fœtus qui se développe dans une corne rudimentaire. On a fait le diagnostic probable, mais il n'est pas certain, l'enfant est vivant, le col a des modifications qui témoignent que peut-être il communique avec cette corne. l'indication n'est pas assez nette pour intervenir, mais on aura un soupçon et si un accident survient il faudra intervenir immédiatement puisque le diagnostic est indécis entre une grossesse extra-utérine et une grossesse utérine. Si

c'est une grossesse utérine on pourra essayer d'extraire le fœtus par les voies naturelles ; si c'est une grossesse extra-utérine il faudra intervenir parce qu'il y a danger et que des accidents peuvent se produire.

IV. — Utérus biloculaire.

Les deux conduits de Müller se sont développés, ils se sont rapprochés, mais la cloison médiane ne s'est pas résorbée ; c'est l'utérus décrit par Cruveilhier ; il est plus ou moins régulier et offre deux cavités ; les deux utérus sont rapprochés, ils se sont développés normalement, seule la cloison persiste et peut persister jusqu'au niveau de la vulve et on a alors un utérus et un vagin doubles ; elle peut ne persister que jusqu'au niveau du col avec un vagin unique et suivant que la résorption aura commencé et se sera arrêtée plus ou moins haut, on aura tous les degrés intermédiaires entre l'appareil génital absolument double et l'utérus double avec deux cols et un seul vagin ; mais toujours il y aura deux loges utérines et deux cols.

On se trouve donc encore ici comme dans les utérus bicornes en présence de deux utérus plus ou moins distincts ; la seule différence entre ces deux variétés est la juxtaposition complète des deux cornes.

Ces deux loges ne sont jamais développées d'une façon égale ; il n'y a pas une observation qui le démontre ; en supposant qu'à l'état de vacuité la matrice soit globuleuse, que les cornes soient développées également, à l'état gravide, il est impossible qu'il en soit ainsi puisque la gros-

sesse ayant lieu dans une des cornes, celle-ci sera beaucoup plus considérable que l'autre et l'utérus ne sera pas ovoïde.

La malformation peut n'être reconnue qu'à l'autopsie.

Observation XII.

Hémorrhagie pulmonaire chez une femme arrivée au terme de la grossesse. — Mort. — Opération césarienne. — Utérus double (1) (Résumée).

Le 29 octobre 1875, la nommée Fra... enceinte de 9 mois, succombe à une hémoptysie, à la Maternité où elle venait d'être amenée.

10 minutes après, on sectionne l'utérus et on extrait un enfant en état de mort apparente, qu'on ranime péniblement et qui succombe le lendemain.

Autopsie. — L'utérus semble avoir été sectionné sur la ligne médiane, l'incision qui avait été faite passait juste au niveau du placenta qui s'insérait sur la partie latérale droite de l'organe. Le placenta était de forme circulaire, l'insertion du cordon centrale.

En examinant de plus près l'utérus on vit que si cet organe paraissait normal, en réalité il ne l'était pas ; il était double. Ce double organe dans son ensemble formait une masse pesant 757 gr. et mesurant 20 centimètres de longueur sur 18 de large. Il existait 2 cols complètement séparés. L'utérus gravide était l'utérus droit. Il mesurait à lui seul 11 centimètres de largeur sur 20 de longueur. Son col dont les 2 orifices interne et externe étaient fermés, avait conservé toute sa longueur et mesurait 5 centimètres d'un orifice à l'autre ; sa cavité était complètement oblitérée par un bouchon gélatineux blanc rosé qui allait de la cavité du corps jusque dans la cavité vaginale ; le mucus faisant saillie hors de l'orifice externe qui était circulaire et appartenait nettement à un col de primipare.

Le 2e utérus était séparé du 1er à la surface par un très léger sillon ; au niveau du pourtour de l'organe total, il existait à peine une dépression marquant sa séparation. Il n'était pas accolé au précé-

(1) Budin, *Progrès médical*, 4 mars 1876.

dent, mais formait en réalité un tout avec lui. Il avait 18 centimètres de longueur sur 7 de large. Son col avait la forme d'un col de nullipare ; la cavité de ce col était totalement remplie par un bouchon gélatineux.

La surface interne du corps et du col de l'utérus gauche non gravide avait un aspect spécial, elle présentait des masses lobulées d'un gris rosé formant en certains points de véritables polypes, masses dues à l'hypertrophie considérable de la muqueuse ; sur la coupe on voyait en effet la section du tissu musculaire utérin, ce dernier mesurait environ 4 millimètres d'épaisseur et la muqueuse hypertrophiée offrait par place jusqu'à 7 et 8 millimètres de hauteur.

Cette muqueuse était surtout épaisse au fond de l'organe ; son épaisseur diminuait au fur et à mesure qu'on descendait vers le col ; à une certaine distance de l'orifice cervical interne elle semblait s'arrêter tant elle était devenue mince. Il était facile avec le dos d'un scalpel de séparer cette muqueuse du tissu musculaire de l'utérus.

Chacun de ces cols s'ouvrait dans un vagin distinct ; les deux vagins étaient situés sur le même plan, l'un à droite, l'autre à gauche ; ils étaient accolés comme deux canons de fusil et séparés par une cloison assez épaisse ; cette cloison s'étendait jusqu'au niveau de la vulve qui était unique.

Notons immédiatement les modifications qui se passent dans la loge non gravide : le tissu musculaire utérin s'hypertrophie, il se forme une véritable caduque ; nous avons déjà rencontré un exemple semblable dans l'observation d'utérus bicorne, que nous avons été à même de voir à la clinique Baudelocque.

Quant à la marche de la grossesse, nous aurons à répéter ce que nous avons dit pour les utérus bicornes ; ce qui domine et régit tout, c'est le développement de la corne gravide. Si cette corne se laisse suffisamment distendre, la grossesse ira à terme, dans le cas contraire elle sera in-

terrompue et alors on assistera à un avortement ou à une rupture de la paroi.

Observation XIII.

Utérus double.—Rupture utérine au 4e mois (1).

Une femme mère de 2 enfants étant redevenue enceinte a été prise tout à coup au 4e mois de la gestation et étant tranquillement assise, d'une violente douleur au bas-ventre, qui la fit périr dans l'espace de 12 heures. On soupçonna qu'elle avait été empoisonnée et on ouvrit le cadavre. Il se présenta dans la cavité de l'abdomen un fœtus avec ses enveloppes hors de la matrice et dont le placenta était adhérent à la surface interne de l'utérus. Il y avait au fond de ce viscère une déchirure d'un pouce et demi. En portant l'examen plus loin, on a trouvé une double matrice. Celle qui avait contenu le fœtus était plus petite que l'autre. Il y avait une communication du grand utérus au petit au moyen de deux très petites ouvertures qui passaient du col du 1er au 2e.

Dans cette variété d'utérus double on rencontre une cause de dystocie qu'on ne rencontre dans aucun autre cas ; la cloison empêche l'accommodation pelvienne de se faire comme dans un utérus simple. Le segment inférieur de ce demi-utérus étant plus étroit, la tête ne peut pas pénétrer dans l'excavation ; il n'y a pas de véritable accommodation ; la tête restant élevée au-dessus de l'aire du détroit supérieur il peut arriver que le pôle fœtal se dirige obliquement et non verticalement, vienne appuyer sur la cloison, la déprime, et cette cloison venant faire saillie au niveau de l'autre orifice fait remonter l'orifice de la loge gravide, on a dans

(1) Anton. Canostrini. Phil. et med. D. historia. *Journal de médecine*, 1790, t. LXXXI, p. 334.

certains cas beaucoup de peine à trouver cet orifice, on arrive sur la région fœtale très élevée, mais le doigt introduit dans le vagin de la corne gravide est séparé de cette région fœtale par le vagin d'abord et par la cloison qui a été déprimée en doigt de gant. Le professeur Tarnier a pu observer plusieurs cas de cette disposition spéciale.

Dans ces cas la conduite à tenir est la même que celle qui est conseillée dans la dilatation sacciforme de l'utérus, lorsque l'utérus est déjeté soit en avant, soit en arrière ou sur les côtés. On accroche l'utérus en déprimant la cloison de façon à élever cette cloison qui empêche la tête de pénétrer dans le véritable canal et à la faire passer par dessus la région fœtale. Rien n'est plus simple et plus facile, et c'est ce qui a été fait dans les cas où le diagnostic a été posé.

Quant à la présentation du fœtus, nous dirons pour l'utérus biloculaire ce que nous avons dit à propos de l'utérus bicorne ; les cas publiés ne sont pas assez nombreux et assez bien observés pour dire à l'heure actuelle : le fœtus se présente de telle façon dans l'utérus biloculaire.

Nous rapporterons à la variété de malformation utérine, que nous étudions, le cas suivant qui en diffère cependant. Il s'agit d'un utérus cloisonné complètement à sa partie inférieure, mais incomplètement en haut ; la loge non gravide se laissait distendre comme une vessie.

Observation XIV.

Utérus cloisonné. — Cloison perforée à sa partie supérieure. — Extrémité céphalique au niveau du détroit supérieur avec procubitus d'une main. — Version par manœuvres internes. — Enfant vivant. (Recueillie par le docteur Lepage, répétiteur.)

Eug. M. 17 ans, brocheuse, née à Paris.

Cette femme a marché à 2 ans; elle avait, dit-elle, les jambes en cerceau.

Elle a été réglée à 15 ans et depuis régulièrement.

Elle est enceinte pour la 1re fois et elle a eu ses dernières règles le 24 mai 1890.

Elle arrive le 24 décembre 1890, à 10 heures du matin, à la clinique Baudelocque ; elle a des douleurs depuis plusieurs jours, et ces douleurs reviennent tous les 1/4 d'heure.

Elle a été examinée le matin en ville par une sage-femme qui lui dit qu'elle ne tardera pas à accoucher. Cet examen a déterminé l'issue par les organes génitaux d'un liquide purulent, qui recouvre encore la vulve au moment de la consultation.

A l'arrivée de cette femme, voici ce que l'on constate ; l'utérus est très incliné à droite, il mesure 33 centimètres du pubis au fond de l'organe ; le ventre est constamment tendu ; pas de partie fœtale engagée dans l'excavation. La tête est en bas avec procubitus d'une main. En explorant l'utérus, on trouve qu'il est distendu dans toute la région gauche de la partie inférieure ; qu'au-dessus de l'ombilic, il existe une dépression qui sépare cette partie distendue à gauche du reste de l'organe obliquement dirigé à droite et en haut.

Par le toucher on trouve que la dilatation est de la dimension d'une pièce de 5 francs et que les membranes bombent.

A 6 heures du soir, on constate que la poche des eaux bombe toujours au niveau de l'orifice dont la dilatation reste la même ; on constate en outre en portant le doigt dans le cul-de-sac latéral gauche un autre orifice en train de se former et qui présente une dilatation de 5 francs environ, mais de ce côté les bords de l'orifice ne

sont pas amincis, comme ceux du 1er dont on avait surveillé la dilatation dans la journée : ces deux orifices sont séparés par une cloison verticale de 2 centimètres 1/2 de largeur dont le bord droit concave en dehors forme une partie du 1er orifice. On ne peut en raison de la tension des membranes passer le doigt derrière cette cloison pour voir si la poche des eaux est unique.

A 9 h. du soir, le professeur Pinard fait donner du chloroforme à cette femme et constate par le toucher manuel :

1° La cloison de séparation est manifeste entre les deux orifices.

2° Les membranes ne bombent au niveau du 2e orifice qu'à travers cette cloison.

3° En introduisant le doigt dans ce 2e orifice, on pénètre dans une cavité dont on ne peut atteindre le fond.

A 9 h. 45 du soir, la dilatation est un peu plus grande qu'une paume de main ; M. Pinard rompt les membranes et saisit le pied gauche qu'il ramène en avant. Il procède avec une lenteur voulue à l'extraction du fœtus, qui naît un peu étonné mais qui est ranimé facilement au bout de quelques instants.

M. Pinard introduit alors un doigt dans la cavité située à gauche et constate que cette cavité est formée en dehors par la paroi utérine, en dedans par une cloison antéro-postérieure qui, partant du col, remonte à 10 centimètres dans l'intérieur de l'utérus. Le bord supérieur est en forme de croissant. Il est séparé par un anneau d'une cloison qui part du fond de l'utérus.

Le placenta est extrait artificiellement 35 minutes après l'accouchement ; il pèse 600 gr. Les membranes sont complètes et mesurent 20 centim. sur 30.

Voici les dimensions de l'utérus :

1° Avant l'accouchement :

De la symphyse à l'ombilic : 19 centim.

De l'ombilic au fond de l'utérus sur la ligne médiane : 9 centim.

De la symphyse au fond de la corne droite : 33 centim.

De la ligne médiane à l'extrémité de la corne gauche : 12 centim.

De l'ombilic à l'extrémité de la corne droite : 17 centim.

2° Après l'accouchement :

De la symphyse au fond de la corne droite : 21 centim.
Largeur maxima de la corne droite : 9 centim.
Largeur maxima de la corne gauche : 7 centim.
Entre les deux cornes on peut constater un léger sillon peu prononcé.

V. — Utérus cordiforme.

Cette variété de malformation utérine est de beaucoup la plus importante à cause de sa grande fréquence. Son histoire est peu connue et est de date récente.

Déjà en 1839, le professeur Herrgott, de Nancy, dans sa thèse inaugurale, avait parlé d'une forme particulière de l'utérus qu'il avait observée chez des femmes enceintes ; il lui avait donné le nom d'utérus arqué, échancré, cordiforme et il s'était demandé si cette forme anormale de la matrice n'était pas la cause de certaines présentations vicieuses du fœtus. Mais cette idée avait peu pénétré dans la science et un auteur pouvait dire quelque temps après : « Je signale cet utérus à titre de simple curiosité scientifique n'offrant qu'un intérêt fort léger. » Nous allons tâcher de démontrer que cette malformation offre un intérêt de premier ordre et qu'elle doit être connue de tous les accoucheurs.

On comprend, sous le nom d'utérus cordiforme, l'utérus dans lequel la cloison médiane n'a pas complètement disparu et forme un éperon descendant plus ou moins bas dans la matrice, mais ne s'étendant pas jusqu'au niveau du col et celui dans lequel la cloison a complètement disparu, mais le fond de l'organe ne s'est pas développé et au lieu d'être saillant reste déprimé, donnant ainsi à l'organe la forme

vague d'un cœur de carte à jouer. L'aspect extérieur sera le même dans les deux cas ; toujours une dépression plus ou moins marquée séparera les deux cornes utérines.

Lorsqu'il y a un éperon dans la cavité utérine et que cet éperon est encore assez grand pour transformer l'utérus en cavité double, la physionomie que nous avons indiquée pour les utérus biloculaires sera sensiblement la même, sauf qu'au moment du travail, il n'y a pas la cause de dystocie que nous avons signalée.

Lorsque cet éperon est peu marqué ou n'existe pas, le diamètre transversal de l'utérus l'emporte sur le diamètre longitudinal et nous allons voir les présentations vicieuses devenir de plus en plus fréquentes.

L'influence de la forme anormale de l'utérus sur les présentations vicieuses est aujourd'hui indiscutable ; les faits le prouvent, mais on n'a pas toujours admis cette théorie.

Pour Baudelocque la cause des présentations vicieuses réside dans une trop grande quantité de liquide amniotique permettant au fœtus d'évoluer facilement.

Velpeau donne comme causes, la forme du bassin, les inclinaisons de l'utérus, les mouvements du fœtus et certaines attitudes prolongées de la femme.

Cependant Wigand en 1820 avait déjà proposé une autre explication : « Comment est-il possible, dit-il, qu'un enfant bien conformé dont le corps forme un ovale puisse, sans être ni comprimé, ni gêné, prendre une position oblique ou transversale dans une matrice dont la figure est ovalaire ? En supposant que sous l'influence de certaines causes, il puisse prendre pour un instant ces positions vicieuses, quelle force magique y retiendrait le fœtus dont tous les

mouvements sont si favorisés et par le liquide dans lequel il nage et par le poli de la surface interne de l'œuf? Qui l'empêcherait de suivre les lois de la physique, de sortir de cette position gênante en faisant coïncider son grand diamètre avec le diamètre longitudinal de l'utérus? On ne peut mieux répondre à ces questions, ajoute-t-il, qu'en admettant que la cause des présentations vicieuses réside plutôt dans une forme irrégulière de la matrice que dans les mouvements qu'il a exécutés ».

Mais parmi toutes les formes anormales de l'utérus, c'est celle dont nous nous occupons qui doit le plus prédisposer aux présentations vicieuses et cela s'explique facilement : dans l'utérus bicorne et dans l'utérus biloculaire, on a véritablement deux matrices, dans lesquelles les dimensions longitudinales l'emportent sur les dimensions transversales et le fœtus se présentera par un de ses pôles, extrémité céphalique ou pelvienne. Au contraire, dans l'utérus cordiforme, l'organe étant élargi transversalement, l'axe longitudinal du fœtus suivra l'axe de la matrice et prendra une position transversale.

Ceci explique pourquoi certaines femmes ayant un utérus cordiforme accouchent à terme d'enfants se présentant par le sommet ; c'est lorsque l'anomalie utérine est assez peu prononcée pour ne modifier que faiblement la forme de l'ovoïde.

Dans ces cas la grossesse et l'accouchement suivent une marche régulière, la malformation n'est reconnue qu'après, quelquefois au moment de la délivrance, l'utérus prenant alors la forme d'un cœur de carte à jouer pendant la contraction. C'est dans ces cas que l'on peut dire que la mal-

formation utérine présente un intérêt de pure curiosité scientifique.

Observation XV (*Personnelle*).

Primipare. — Accouchement à terme. — Utérus cordiforme.

Rose La. 20 ans, domestique, née dans la Côte-d'Or, arrive le 16 janvier 1891 à la clinique Baudelocque.

Rien à noter dans les antécédents.

Cette femme réglée à 13 ans et depuis régulièrement, est enceinte pour la première fois. Elle a eu ses dernières règles en fin avril 1890, elle a commencé à sentir remuer au mois de septembre. Sa grossesse a été normale.

A son arrivée, on constate que l'utérus qui remonte à 35 centimètres au-dessus de la symphyse est légèrement incliné à gauche. On constate par le palper une présentation du sommet en D. P. ; l'enfant est vivant. Le col est en voie d'effacement.

Le travail marche régulièrement. A 7 h. du matin, le 17 janvier, la dilatation est complète, la poche des eaux est rompue artificiellement, et la femme expulse 1 h. 1/2 après, après 23 heures de travail, une fille du poids de 3170 gr.

Aussitôt après l'expulsion du fœtus, on constate que l'utérus présente la forme d'un cœur de carte à jouer. Cette forme est surtout accusée au moment des contractions.

Après la délivrance qui a lieu spontanément 20 minutes après l'accouchement, on retrouve encore la même forme.

Si, tâchant de reconstituer la forme exacte de l'œuf, on introduit les mains dans les membranes, on voit que du côté correspondant à la partie échancrée de l'utérus, ces membranes ne se tendent pas comme dans le reste de l'œuf et qu'il reste une dépression correspondant à l'échancrure utérine.

Les membranes mesurent 5/37.

Cette observation présente à considérer un point intéressant, c'est l'inclinaison de l'utérus à gauche, anomalie

qui doit déjà faire penser que l'utérus n'est pas développé d'une façon normale.

Observation XVI.

Présentation du sommet en OIGA. — Bassin légèrement rétréci. — Utérus cordiforme. — Irrigation continue. — Variole hémorrhagique. — Mort (Observation prise par M. Lepage, interne du service).

La nommée Henr. M. 28 ans, blanchisseuse, entre le 25 juin 1886 à 6 h. 1/4 du matin à Lariboisière, salle Ste-Anne.

Père mort à 64 ans d'une affection pulmonaire. Mère vivante et bien portante, 7 enfants morts en bas âge.

Née à Paris qu'elle a toujours habité, cette femme n'a marché qu'à 4 ans ; depuis cette époque, elle a toujours bien marché.

Réglée à 15 ans régulièrement pendant 3 à 4 jours : elle était parfois obligée de garder le lit au moment des règles qui étaient douloureuses.

Mariée à 24 ans, cette femme a eu sa première grossesse en 1883 ; accouchée artificiellement au forceps d'un enfant qui n'a vécu que 10 jours.

La 2e grossesse a été bonne ; au moment de l'accouchement à 8 mois 1/2, un médecin appelé pour extraire l'enfant qui se présentait par le siège a fait le diagnostic d'utérus bicorne. L'enfant est bien portante.

La femme M. devient enceinte pour la 3e fois en 1885 ; les dernières règles ont lieu le 1er septembre 1885. Cette dernière grossesse a été meilleure que les précédentes. Cette femme est de petite taille ; les tibias présentent une légère courbure antéro-postérieure, parenthèse des fémurs.

L'abdomen présente une conformation particulière : au-dessus de l'ombilic il existe une dépression qui paraît diviser l'utérus en deux ; dans l'hypochondre gauche existe la tumeur la plus volumineuse qui paraît être le fond de l'utérus. Au-dessus de l'excavation on constate par le palper l'existence d'une tête mobile avec front à

droite ; les petites extrémités sont à droite et très haut. Le siège peut être facilement délimité. Le plan résistant est à gauche. Le foyer d'auscultation siège sur le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. L'utérus remonte presque sous les fosses côtes.

La femme est prise des premières douleurs le 24 juin à midi : elle arrive à l'hôpital à 6 h. 15 le matin du 25 juin. A 9 h. du matin la dilatation est de 5 fr. A 10 h. 30 du matin, à la dilatation complète, M. Pinard rompt la poche des eaux ; il s'écoule une grande quantité de liquide amniotique, la tête s'engage et à 10 h. 40 du matin la femme accouche spontanément d'un garçon de 3.350 gr.

La délivrance a lieu spontanément 40 minutes après l'accouchement ; le placenta présente sa face fœtale. Le cordon s'insère sur un bord. Les membranes sont entières et mesurent 10 sur 35.

Le soir cette femme ayant 39°5 est soumise à l'irrigation continue.

Dans la nuit du 26 au 27 elle est prise d'une frisson violent durant 15 minutes.

Jusqu'au 6 septembre tat général de la femme est mauvais ; elle éprouve une courbature générale et de la rachialgie. Le matin on constate une variole hémorrhagique avec rash et angine marquée.

La femme succombe à 8 heures du soir le 7 septembre, avec 40°8 de température.

Observation XVII.

Vpare. — *Présentation du siège. — Utérus cordiforme* (Observation de M. Lepage, interne du service).

Julia Del. âgée de 32 ans, lingère, entrée salle Ste-Anne le 10 décembre 1886 à Lariboisière, née à Beauvais qu'elle a habité jusqu'à l'âge de 8 ans ; elle ne sait pas à quel âge elle a marché, mais elle a toujours bien marché.

Aucune maladie dans l'enfance.

Réglée à 12 ans, régulièrement.

1re *grossesse* à 20 ans. — Accouchement à terme d'un gros garçon

se présentant par le sommet (forceps). Elevé au sein par une nourrice, il est âgé de 12 ans (sourd-muet).

2e *grossesse* à 21 ans. — Accouchement à 7 mois 1/2 d'une fille vivante se présentant par le sommet ; élevée au sein par sa mère elle mourut à 9 mois.

3e *grossesse* à 30 ans. — Accouchement à terme ; application de forceps par M. Lepage à Lariboisière ; extraction d'un garçon vivant pesant 4.050 ; la tête étant dans une fosse iliaque, il avait fallu mettre la ceinture eutocique.

Cet enfant élevé au biberon par une nourrice mourut à 9 mois de convulsions.

4e *grossesse* à 31 ans. — Accouchement spontané à terme d'une fille vivante venue par le sommet ; élevée au sein par une nourrice, elle est âgée de 15 mois et bien portante.

5e *grossesse*. — Grossesse actuelle ; les dernières règles ont eu lieu le 22 février 1886 ; la grossesse a été normale. Le 9 décembre, à 11 h. du matin, elle ressent les premières douleurs. Dans la journée et la soirée, ces douleurs sont plus vives. Le 10, à 4 h. 1/2 du matin, elle vient à l'hôpital. Lorsqu'elle arrive à la salle de travail, le tronc est déjà hors de la vulve, la tête seule n'est pas engagée. Mlle Glaser introduit la main gauche dans la bouche de l'enfant, accroche le maxillaire et fait le dégagement avec assez de difficultés ; l'enfant est vivant, c'est un garçon pesant 4.150.

30 minutes après l'accouchement, la délivrance se fait spontanément.

Après la délivrance, on remarque que l'utérus présente 2 cornes très développées et sur la ligne médiane une dépression.

Dans les observations précédentes, on voit que le fœtus s'est toujours présenté par un de ses pôles, extrémité céphalique ou pelvienne ; dans ce dernier cas on se trouve déjà en présence d'une position vicieuse et nous verrons tout à l'heure quelle conduite il faut tenir lorsqu'on la constate à temps. Mais la présentation vicieuse par excellence

est la présentation de l'épaule. Il y a là (1) une accommodation particulière et incomplète, l'axe utérin et l'axe fœtal sont parallèles, coïncident bien, mais ils sont perpendiculaires à l'axe pelvien.

Actuellement, on peut poser comme règle absolue que lorsque l'on constate chez une primipare à terme une présentation de l'épaule franche, si le bassin est bien conformé, cette présentation reconnaît pour cause une malformation utérine du genre de celles que nous étudions ; et on peut, rien que par la constatation de cette présentation transversale, émettre l'hypothèse d'un utérus cordiforme.

Observation XVIII.

Utérus cordiforme. — Primipare. — Présentation transversale de la grossesse et du travail. — Version par manœuvres internes. — Enfant mort.

Adeline S. 20 ans, confiseuse, née à Lille. Père mort à 37 ans d'une tumeur de l'estomac. Mère bien portante.

Cette femme a marché à 1 an 1/2 et depuis a toujours bien marché. Elle a été réglée à 13 ans et, depuis, régulièrement pendant 6 jours.

Elle est enceinte pour la 1re fois et a eu ses dernières règles le 19 mars 1890. Elle a perçu les mouvements actifs du fœtus au milieu d'août. L'époque présumée de la grossesse est donc de 8 mois 1/2 à peu près, le 8 décembre 1890, jour où cette femme vient à la consultation.

La grossesse n'a rien présenté de particulier, si ce n'est un léger écoulement sanguin qui a duré 2 jours au mois d'avril 1890.

En examinant cette femme, on est frappé par l'aspect insolite du ventre. L'utérus est élargi transversalement à sa partie supérieure

(1) Pinard, *Traité du palper abdominal*, p. 51.

et dessine très nettement la forme d'un cœur de carte à jouer. Les 2 cornes de l'utérus situées de chaque côté de la ligne médiane sont saillantes et séparées par un sillon très net. Par le palper, on constate facilement que la tête est dans la fosse iliaque, le siège dans le flanc opposé, le dos est en avant, le foyer d'auscultation est à droite à 2 centimètres de la ligne médiane et à 3 centimètres au-dessous de l'ombilic. On écrit sur le cahier de consultation:— Enfant vivant, présentation du plan latéral gauche (franchement transversale), dos en avant, bassin normal, col long, fermé, membranes intactes.

Cette femme, pour des raisons quelconques, ne veut pas rester à la clinique. Elle revient le 19 décembre 1890 à 8 h. 10 du matin ; elle a des douleurs depuis 5 h. du matin, le même jour, et ces douleurs ont commencé 1 heure après la rupture spontanée des membranes.

A son arrivée, voici ce qu'on constate : le fœtus est dans la même situation que le 9 décembre, c'est-à-dire que la présentation est franchement transversale : les battements du cœur sont faibles. Au toucher, on trouve la dilatation complète, les membranes sont rompues, il y a procidence du cordon, du pied droit et déflexion du bras gauche.

La hauteur de l'utérus est de 26 centimètres. On attire au dehors le pied droit et on amène sans difficulté un enfant mort du poids de 3.320 gr. Le travail avait duré 3 h. 25 m.

L'utérus mesuré toutes les 5 minutes donne comme dimensions.

	Aussitôt après l'expulsion	5 min.	10	15	20	25	30	Après la délivrance
Hauteur	14	14	15	16	17	18	19	11
Largeur.....	25	25	25	24	22	21	20	18

Le placenta se présente par sa face utérine et la délivrance a lieu 40 minutes après l'accouchement. La malformation utérine est toujours aussi accusée.

Le placenta a une forme irrégulière, il pèse 400 gr. Les membranes mesurent 1 sur 36, le cordon 76 centimètres.

La femme sort le 12e jour après avoir eu des suites de couches physiologiques.

On peut même aller plus loin et dire que chaque fois que l'on aura constaté chez une multipare plusieurs présentations vicieuses à plusieurs accouchements successifs, si le bassin est bien conformé, s'il n'y a pas d'autres causes ayant empêché le fœtus de prendre une position longitudinale, cette femme présente une malformation utérine. A l'heure actuelle, cette question est encore trop récente pour que les faits puissent le prouver d'une façon irréfutable ; lorsque tous ces cas auront été mieux étudiés, on pourra poser ce principe en règle absolue. Quelques auteurs avaient déjà émis la même hypothèse.

Observation XIX.

Utérus cordiforme. — Présentation de l'épaule dans trois accouchements successifs, par le docteur Lecluyse (1).

Appelé le 4 août 1844 pour un 3e accouchement chez une femme de petite stature dont les deux premières parturitions avaient nécessité la version de l'enfant à cause d'une présentation du bras, je fus fort étonné de rencontrer pour la 3e fois cette même position. Je ne pensais pas pour le moment pouvoir m'expliquer cette fréquence si bizarre de présentation transversale ; mais en portant une main sur le ventre de la femme dans un moment où je pratiquais de l'autre le toucher, il me sembla trouver le bord supérieur de la matrice si bas et si rapproché du pubis, que je crus que cet organe n'était qu'à moitié développé ou qu'il se trouvait dans un état d'antéversion ou dans quelque autre position vicieuse.

En examinant l'abdomen de plus près, je reconnus que ces der-

(1) *Annales de la société de médecine d'Anvers*, fév. 1845.

nières suppositions n'étaient pas fondées, et ce ne fut qu'en comparant le peu d'élévation de l'utérus et le grand développement des flancs que je soupçonnai quelque difformité de l'organe gestateur. En effet les parties latérales de l'abdomen étaient évidemment beaucoup plus proéminentes que dans les cas ordinaires et elles dépassaient tellement les hanches que cette disposition donnait à cette femme une largeur qui contrastait singulièrement avec sa petite stature.

La matrice au lieu d'être pyriforme dans le sens vertical présentait pour ainsi dire une espèce d'ellipsoïde dont les extrémités du grand axe correspondaient respectivement au centre des flancs ; elle avait donc ici en largeur ce qu'elle perdait en hauteur, et c'est à cette singulière anomalie que j'ai cru devoir attribuer la fréquence de cette position horizontale du fœtus, le plus grand diamètre de l'ovoïde fœtal se trouvant alors en parfait parallélisme avec celui de la cavité elliptique de l'utérus.

La version se fit facilement.

Le globe utérin conservait après l'accouchement à son bord supérieur une certaine dépression qui rendait plus sensibles et plus saillants les angles que ce bord forme en se réunissant avec les bords latéraux, ce qui prouve la persistance de la difformité de ce viscère à l'état de vacuité.

Le docteur Géry (1) a publié l'observation d'une femme chez laquelle, dans 9 accouchements successifs, l'enfant se présenta par le bras. Le docteur Walter (2) cite l'observation d'une femme chez laquelle dans 6 accouchements successifs l'enfant se présenta par l'épaule. Le docteur Géry et le docteur Walter ont noté l'un et l'autre un excès d'amplitude du grand bassin et tous deux s'accordent à rapporter à cette circonstance, la série non interrompue des pré-

(1) *Revue médicale*, 1842, t. IV, p. 226.
(2) *Revue de chirurgie de* MALGAIGNE, t. III, p. 59.

sentations vicieuses dans tous les accouchements de ces deux femmes. De cet excès de largeur résulterait suivant eux un développement transversal exagéré de l'utérus, particulièrement de son segment inférieur, circonstance qui permettrait à l'enfant, qui le forcerait même à se placer en travers.

Dans l'observation suivante, l'auteur s'est posé la même question et a appliqué un traitement préventif absolument nouveau à cette époque.

Observation XX.

Présentation du tronc par 2 fois différentes et consécutives chez la même femme. — Version. — Mort des 2 enfants. — Troisième grossesse, emploi de moyens mécaniques préventifs. — Présentation du sommet et accouchement facile (1).

Mme R. accoucha en janvier et décembre 1842 chaque fois d'un garçon. Dans l'un et l'autre cas il y eut une présentation du tronc ; la version fut difficile et longue et les enfants périrent ; la mère échappa aux dangers de ces accouchements laborieux. En 1847 Mme R. redevint enceinte et la peur des terribles éventualités auxquelles elle avait été exposée engagea son mari, homme intelligent et prévoyant, à m'en faire part aussitôt afin d'aviser si possible au moyen d'empêcher le retour des mêmes malheurs.

N'ayant trouvé dans les auteurs rien qu'ils conseillent préventivement contre la présentation du tronc et d'un autre côté, convaincu que le hasard ne pouvait pas être accusé de cette présentation vicieuse chez cette femme, où elle s'était déjà manifestée 2 fois de suite, ainsi que dans beaucoup d'autres cas où elle s'était reproduite constamment, jusqu'à 5 fois d'après le rapport de Nœgelé, considérant, dis-je, cet effet comme dû à une disposition organique qui ne manquerait sans doute pas d'amener encore le même résultat

(1) Réal, Thèse de Paris, 1852, p. 39.

chez Mme R., je recherchai quelle en pouvait être la cause présumée afin de tâcher d'y porter remède.

J'admets comme la plus probable de toutes l'opinion qui veut que le fœtus se place dans l'utérus en la position qu'il lui est plus facile de prendre dans sa poche glissante, de manière que le plus grand diamètre du contenu se trouve naturellement en rapport avec le plus grand diamètre du contenant. Cela posé, il est aisé de concevoir comment la présentation du tronc peut être amenée par une diminution relative du diamètre vertical ou mieux par une tendance plus grande au développement de l'utérus dans le sens transversal.

Nos moyens devaient avoir pour but d'empêcher le trop libre développement latéral de l'utérus et de lui accorder en même temps tout l'espace nécessaire à son accroissement vertical.

Je conseillai l'emploi d'un double bandage à pelotes, dont le ressort était disposé pour produire une pression transversale sur les 2 parois latérales de l'utérus. A mesure que la grossesse avanca, on augmenta le volume de la pelote ; mais on supprima bientôt le ressort et on se borna à mettre un bandage de corps suffisamment serré par dessus les 2 pelotes latérales ; celles-ci furent faites assez grosses pour que le diamètre transversal de l'abdomen fut plus grand que le diamètre antéro-postérieur, pour que la compression restât latérale. Ce bandage resta appliqué même pendant la nuit jusqu'à la fin de la grossesse.

... Le succès couronna nos efforts et Mme R. accoucha heureusement d'un garçon qui présenta le sommet.

Pendant les 15 mois que nous avons passés à la clinique Baudelocque, nous avons été à même d'observer une femme chez laquelle 2 fois l'enfant s'était présenté par le siège et la 3e fois se présentait par l'épaule. Devant cette répétition de positions vicieuses, le professeur Pinard avait émis l'hypothèse que cette femme devait avoir une malformation utérine, hypothèse qui se vérifia.

Observation XXI.

Tertipare. — Utérus cordiforme. — Présentation franchement transversale. — Enfant vivant.

X... 25 ans, couturière, née dans les Côtes-du-Nord. Rien à noter dans les antécédents.

Réglée à 17 ans et depuis régulièrement.

Cette femme est enceinte pour la 3e fois.

1re *grossesse* 1887. — Accouchée par le siège à terme d'un enfant mort-né.

2e *grossesse* 1889. — Accouchée également par le siège à terme d'un enfant mort-né.

Cette fois-ci elle a eu ses dernières règles le 26 septembre 1889, sa grossesse a évolué normalement.

Cette femme arrive à la clinique à 4 h. du matin le 4 juillet 1890 ; elle a ressenti les premières douleurs dans la même nuit vers 2 h. du matin, et peu après vers 3 h. les membranes se sont rompues. A son arrivée à la clinique on constate ceci : le ventre est élargi transversalement ; la corne droite est plus développée que la gauche et en est séparée par une légère dépression.

Par le palper, on trouve la tête dans la corne droite, le siège dans la corne gauche, le dos est en avant. On entend les bruits du cœur au niveau de l'ombilic, un peu à droite.

A l'arrivée de cette femme, le col est en voie d'effacement ; il s'écoule un liquide amniotique verdâtre ; la dilatation marche lentement et régulièrement.

A 1 h. 1/2 du matin, à la dilatation complète, M. Pinard pratique sous le chloroforme la version par manœuvres internes ; il ramène le pied droit et extrait assez facilement un enfant vivant du poids de 3.070 gr.

Le travail avait duré 9 h. 1/2.

La délivrance ne présenta rien de particulier ; elle eut lieu 1 h. 5 après l'accouchement, mais lesmembranes étaient déchirées et ne purent être mesurées.

Les suites de couches furent normales.

Quelle conduite faut-il tenir lorsqu'on a constaté une présentation de l'épaule dans un utérus cordiforme ? On a dit que dans ces cas la version par manœuvres externes était impossible, que dans ces cas il fallait toujours la tenter, mais que si l'on éprouvait la moindre difficulté, il fallait s'abstenir. C'est là une erreur et nous avons été à même de voir le professeur Pinard pratiquer plusieurs fois la version par manœuvres externes chez des femmes ayant un utérus cordiforme avec une présentation vicieuse, et, comme nous l'avons déjà dit, nous entendons par ce mot aussi bien les présentations du siège que celles de l'épaule.

Certainement cette version par manœuvres externes n'est pas toujours facile ; il faut quelquefois saisir le moment exact où le fœtus se déplace, mais il n'en est pas moins vrai que ce ne sera qu'exceptionnellement que le fœtus ne pourra évoluer.

Si la tête reste d'aplomb au niveau du détroit supérieur, ou si elle a de la tendance à s'engager, il n'y a qu'à attendre, en surveillant la femme avec grand soin pour empêcher la reproduction de la position vicieuse. Si la tête tend à se déplacer il faut appliquer la *ceinture eutocique* du professeur Pinard. Nous n'avons pas à décrire ici le manuel opératoire de la version par manœuvres externes, nous renvoyons pour ce sujet au traité du palper abdominal (1) du professeur Pinard.

Voici ce que dit le professeur Pinard au sujet de la version dans le cas de malformation utérine (2) :

« Ici encore la présentation est la résultante d'une ac-

(1) Pinard, *Traité du palper abdominal*, p. 281.
(2) Pinard, *Traité du palper abdominal*, p. 307.

commodation ; la cavité utérine mal développée n'est pas très spacieuse et quelquefois même, comme dans les cas publiés par M. Polaillon, un éperon médian fait saillie dans l'intérieur. On conçoit que la mobilité du fœtus puisse être bien limitée.

« Dans une observation de M. Polaillon la version fut impossible ; mais je dois ajouter que dans un cas semblable observé dans le service du professeur Broca je pus, sans déployer une grande force, transformer la présentation de l'épaule en présentation du sommet.

« J'ai eu, depuis, l'occasion d'observer cinq cas où la malformation était très nette et assez accusée, ainsi que le démontre l'examen des membranes après la délivrance, et non seulement dans 4 de ces cas je pus transformer une présentation de l'épaule en présentation du sommet, mais encore, dans le cinquième, j'ai pu transformer une présentation du siège en présentation du sommet. » Depuis que ces lignes ont été écrites, le professeur Pinard a été à même de pratiquer nombre de fois cette opération et il n'a jamais eu d'insuccès ; il est certain qu'une condition favorable, c'est que les femmes soient examinées pendant leur grossesse, mais on a pu dans certains cas, alors que la femme était déjà en travail, pratiquer cette opération assez facilement.

Observation XXII.

Primipare. — Utérus cordiforme. — Présentation transversale. — Version par manœuvres externes. — Ceinture eutocique. — Accouchement spontané par le sommet.

Em. Lat. 19 ans, domestique, née à Paris.

Antécédents personnels. — Rougeole à 6 ans, scarlatine à 8, érysipèle de la face à 12.

Réglée à 16 ans et depuis irrégulièrement. Cette femme primipare a eu ses dernières règles à la fin de mai 1890 ; elle a commencé à sentir remuer en novembre 1890.

Elle vient à la consultation le 2 décembre. On constate qu'elle est enceinte d'environ 6 mois, que le fœtus est vivant et n'est pas accommodé. — Le bassin est normal.

Le 13 décembre, on trouve une présentation de l'épaule droite en A I G ; la tête est ramenée facilement au niveau de l'aire du détroit supérieur.

Les jours suivants la présentation transversale s'est reproduite.

Le 17 et le 18 janvier 1891 on trouve la tête en bas.

Le 19 elle est dans le flanc droit.

Le 23 janvier, la tête est au fond de l'utérus.

Le professeur Pinard pratique facilement la version par manœuvres externes et fait maintenir la tête en bas au moyen de la ceinture eutocique. Il fait remarquer que le ventre est élargi transversalement mais il ne trouve pas de dépression au niveau du fond de l'utérus et il pense à la possibilité d'une malformation utérine.

Les jours suivants, malgré la ceinture, le fœtus se déplace et on trouve tantôt la tête en haut, tantôt dans la fosse iliaque.

Depuis le 28 janvier, la tête maintenue reste fixée au niveau de l'aire du détroit supérieur sans avoir de tendance à s'engager. Par le palper mensurateur on constate qu'elle ne déborde pas. Le segment inférieur est épais.

Cette femme entre en travail le 13 mars à 7 h. du matin. Le fœtus se présente par le sommet en D. T. Le travail marche régulièrement et à 6 h. 30 du soir, après 11 h. de travail, elle accouche spontanément d'un garçon du poids de 3.220 gr.

Légère hémorrhagie après l'accouchement. L'utérus en se rétractant prend une forme de cœur de carte à jouer de plus en plus accentuée. Le diagnostic porté par le professeur Pinard était donc exact.

Après l'accouchement les dimensions de l'utérus sont : hauteur 22 centim. ; largeur 22 centim.

Le placenta est expulsé 45 minutes après l'accouchement, mais les

membranes sont adhérentes et ne se détachent qu'un quart d'heure après. La déchirure des membranes s'est faite près du placenta ; celui-ci est découronné sur une longueur de 15 centimètres.

Observation XXIII.

Utérus cordiforme. — Défaut d'accommodation. — Ceinture et bandage pendant le dernier mois. — Hydropisie de l'amnios. — Tête dans le flanc droit. — Ceinture eutocique jusqu'au moment de l'accouchement.

Femme Fauc. 21 ans, polisseuse, entre le 24 mai 1887 à l'hôpital Lariboisière.

Tertipare.

1er accouchement spontané par le sommet d'un enfant mort à 18 jours.

2e grossesse. Présentation de l'épaule version interne, enfant vivant mort à 6 mois.

3e grossesse, actuelle : dernières règles le 23 août 1886. Chez cette femme enceinte de 8 mois on constate une présentation de l'épaule avec un utérus ayant la forme d'un cœur de carte à jouer. Elle est gardée dans le service pendant 11 jours ; elle demande à sortir, on lui met un bandage qu'elle emporte. Elle revient en travail, la dilatation est de la dimension d'une pièce de 1 franc, la présentation de l'épaule s'est reproduite, on applique la ceinture jusqu'au moment de l'accouchement. Après 5 heures de travail elle expulse par le sommet un enfant vivant pesant 3.650 gr.

La délivrance se fait naturellement ; les membranes mesurent 4 sur 37.

Il est bien certain que lorsqu'une femme, ayant une présentation vicieuse avec malformation utérine, sera en travail, il faudra encore, si la poche des eaux est intacte, essayer la version par manœuvres externes et même alors cette opération pourra être possible quoique plus difficilement.

Observation XXIV.

Tertipare. — Utérus cordiforme. — Membranes conservant la forme. — Présentation du siège. — Version externe pendant le travail, par M. Lepage, interne du service.

Maria Q., journalière, 28 ans, entre le 24 juillet 1886 à Lariboisière, salle Ste-Anne.

Père et mère bien portants.

12 frères et sœurs, dont 5 vivants.

Pas de maladie antérieure.

Réglée à 15 ans et depuis régulièrement.

A 18 ans, 1re grossesse, accouchement facile par le siège d'un enfant vivant, mort à 22 mois.

A 25 ans, 2e grossesse, accouchement spontané à terme par le sommet d'un enfant mort à 3 mois.

A 28 ans, 3e grossesse, actuelle. A l'arrivée de cette femme à 8 heures du soir, on constate que l'utérus est cordiforme : l'enfant se présentant par le siège, M. Lepage fait la version par manœuvres externes et rompt les membranes pour fixer la tête ; la dilatation est de la dimension d'une pièce de 2 francs ; la tête étant engagée, on envoie cette femme chez une sage-femme, mais elle accouche à la porte de l'hôpital d'un enfant vivant.

La délivrance a lieu normalement 15 minutes après l'accouchement. Le placenta présente un bord : on eut assez de peine pour avoir les membranes situées dans la corne droite.

Lorsque les contractions utérines sont très rapprochées et que la dilatation est complète, il y aura alors avantage à aller chercher à pied et à terminer ainsi l'accouchement, mais cela ne sera possible que lorsque la poche des eaux est intacte.

Observation XXV (Résumée) (1).

La nommée X. 30 ans, entre à la Maternité le 17 septembre 1877; elle est enceinte de 8 mois environ. La forme de son ventre est anormale ; au lieu d'être saillant sur la ligne médiane, il est aplati et les flancs ont acquis de chaque côté un développement extraordinaire. Par la palpation, on reconnaît dans le flanc droit et dans le flanc gauche 2 saillies qui se rejoignent et se confondent dans la région sous-ombilicale, mais qui sont séparées sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic par une dépression visible à l'œil nu et surtout appréciable quand on déprime la paroi abdominale à ce niveau.

L'état général de la mère, sauf un affaiblissement marqué, était satisfaisant. Il faut noter cependant que la peau offrait dans toute son étendue une teinte bronzée très intense qui attira peu l'attention et qui fut mise sur le compte de la pigmentation produite par la grossesse.

Pendant le séjour de cette femme à la Maternité, plusieurs tentatives de version par manœuvres externes furent faites : on parvenait à abaisser le siège vers le détroit supérieur ; on plaçait la ceinture abdominale, mais chaque fois le fœtus reprenait sa position vicieuse. Tous nos efforts échouèrent et le travail se déclara le 28 octobre sans que nous eussions pu modifier en rien la présentation que nous avions constatée.

Il s'agissait d'une présentation du plan latéral droit en première position ; tête à gauche, dos en avant. Après avoir endormi la parturiente par le chloroforme, j'introduisis la main droite et je fis la version podalique. L'enfant mis au monde était une fille vigoureuse et bien conformée.

Les suites de couches furent marquées par une rétraction très lente de la matrice qui prit une forme triangulaire. Vers le 8e jour la femme est prise de diarrhée et elle succombe six semaines après à une maladie d'Addison dont le début remontait au commencement de la grossesse.

(1) Polaillon, *Archives de tocologie*, 1878, p. 118.

Autopsie. — L'examen de l'utérus montra qu'il avait la forme d'un triangle dont la base regardait en haut. La moitié gauche était plus développée que la droite. La cavité utérine fut moulée avec du plâtre liquide. D'après le moule obtenu on peut voir que la cavité utérine offrait vers son fond un éperon saillant, sorte de cloison incomplète qui séparait deux loges ; l'examen d'une coupe de la paroi utérine montre que la cloison incomplète est formée par un épaississement du tissu propre de la matrice.

Si l'enfant est mort, ou si la poche des eaux est rompue et que la majeure partie du liquide amniotique soit écoulée, il faut s'abstenir de la version par manœuvres internes qui peut faire courir à la mère le danger d'une rupture de l'utérus et terminer l'accouchement par l'embryotomie.

Observation XXVI.

Secondipare. — Utérus cordiforme. — Présentation de l'épaule. — Enfant mort et macéré. — Embryotomie par le professeur Pinard.

G. 35 ans, fleuriste, née à Ostende. Cette femme arrive à la clinique le 28 février 1891, à 8 h. 1/2 du soir.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires et personnels.

Elle ne sait pas quand elle a marché. Réglée pour la 1re fois à 16 ans, elle l'est depuis cette époque régulièrement.

Première grossesse en 1880, accouchement à terme spontané et par le sommet d'un enfant vivant, mort à 2 mois.

Deuxième grossesse, actuelle. — Cette femme a eu ses dernières règles le 6 mai 1890 ; la grossesse évolua sans accident, ce qui fit penser à la femme, que cette fois-ci comme la 1re, l'accouchement ne présenterait rien de particulier.

Cette femme entra en travail le jeudi matin 26 février ; elle fit venir une sage-femme qui reconnut que les choses n'étaient pas normales ; un médecin appelé prétendit qu'il y avait rigidité du

col de l'utérus et dans la journée du samedi 28 février se prépara à faire des incisions multiples ; n'ayant pas sous la main les instruments nécessaires, il conseilla à la femme de se rendre à la Maternité et le samedi soir on constatait ce qui suit : l'utérus est presque tétanisé, en contraction permanente, il a une forme irrégulière ; la corne gauche est très développée et entre elle et la corne droite on trouve une dépression légère ; le palper permet néanmoins de reconnaître que la tête est dans le flanc gauche et le siège dans le flanc droit, un peu plus élevé. Le dos est en avant ; l'auscultation est nulle et au niveau de l'extrémité céphalique on perçoit de la crépitation.

Par le toucher on arrive sur le coude : les membranes sont intactes, il y a une dilatation de la dimension d'une pièce de 1 franc. Pour tâcher de régulariser les contractions et calmer l'état tétanique de la matrice, on fait à la femme une piqûre de morphine.

A minuit, le professeur Pinard arrive à la clinique ; il fait le diagnostic de grossesse de 9 mois, enfant mort se présentant par l'épaule en A I G, et trouvant les contractions plus régulières, il conseille l'expectation, mais avec les réserves suivantes : si les membranes ne se rompent pas, il faudra à la dilatation complète faire la version interne ; si les membranes se rompent, il faudra introduire un ballon Champetier pour activer la dilatation et faire ensuite l'embryotomie pour extraire ce fœtus devenu corps étranger sans blesser les organes maternels.

Les contractions étaient devenues plus régulières, la dilatation se faisait lentement.

A 8 heures du matin, le dimanche 1er mars, les membranes se rompent spontanément et il s'écoule un liquide vert foncé ; suivant le conseil du professeur Pinard, on introduit alors un ballon Champetier et à 11 h. du matin la dilatation est complète. Le fœtus n'était pas accommodé au grand bassin, il occupait une situation plus élevée. M. Pinard pratique la section du cou avec les ciseaux de Dubois, section qui dura une minute 1/2 et il put extraire facilement le tronc par quelques tractions sur le bras procident.

Restait la tête qui était maintenue dans la corne gauche. M. Pinard

introduit un doigt dans la bouche, mais l'état de macération du fœtus ne permit pas au maxillaire d'avoir une résistance suffisante ; il fallut réduire le volume de cette tête avec le perforateur du basiotribe Tarnier et la tête amoindrie fut alors extraite facilement.

Aussitôt après l'extraction de la tête, M. Pinard fut frappé par la forme anormale de l'utérus, les mensurations donnèrent les résultats suivants :

		Aussitôt la DÉLIVRANCE	2 Mars	3	4	5	6
Hauteur..	Ligne médiane...	18	17	16	14	10	10
	Corne gauche....	21	20	17	16	12.5	12
	Corne droite.....	20	19	16	16	11.5	11
Largeur .	Maxima.....	18	17	17	17	14	12
	Au niveau de l'éperon.....	17	»	»	»	»	»

En raison de cette malformation utérine, M. Pinard pratiqua la délivrance artificielle, cette délivrance fut facile, mais le décollement des membranes fut un peu laborieux. Ces membranes étaient intactes et mesuraient 2 sur 30 ; en tâchant de reconstituer la forme de l'œuf, on trouvait une dépression qui correspondait à celle de l'utérus.

Le lendemain de cet accouchement laborieux, l'utérus est encore très nettement cordiforme ; il est élargi.

La forme triangulaire de l'utérus persiste pendant toute la durée du séjour de cette femme à la clinique. Elle sort le 18 mars après avoir eu des suites de couches absolument physiologiques. Le jour de sa sortie, l'utérus remonte à 3 travers de doigts au-dessus du pubis ; la forme de cœur de carte à jouer est difficile à retrouver.

En raison de cette malformation utérine on recommande à cette femme, si elle redevient enceinte de venir se faire examiner pendant sa grossesse.

Voyons maintenant quel rapport il y a entre la malformation utérine que nous venons de décrire et l'insertion

du placenta. L'insertion vicieuse du placenta a été notée par tous les auteurs comme fréquente dans les utérus malformés ; il est certain que souvent le placenta est inséré sur le segment inférieur, mais quelle est la part qui revient à la malformation utérine dans cette insertion vicieuse? On sait aujourd'hui que le placenta dans un utérus bien conformé s'insère sur le segment inférieur beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croyait anciennement.

Que s'est-il passé dans les cas que nous avons été à même d'observer ; nous avons vu le placenta s'insérer à 3 ou 4 centimètres de l'orifice, d'autres fois à 15 centimètres, mais jamais il ne nous a été donné d'observer ce que M. Polaillon (1) a vu à la Maternité, l'insertion centrale du placenta centre pour centre ; il est probable et aujourd'hui certain, les faits le prouvent, que dans ce cas une portion du placenta décollé avait glissé au-devant de l'orifice et avait, comme nous l'avons observé plusieurs fois à la clinique Baudelocque, donné l'illusion d'une insertion centrale.

On a dit aussi que lorsqu'après l'expulsion du fœtus on voit survenir une hémorrhagie, cela indique que le placenta est inséré sur la cloison et que le diagnostic pouvait être fait ; nous n'avons pas à insister sur la possibilité de cette insertion. Il y a des femmes qui ont des hémorrhagies sans utérus cloisonné et on comprend à combien d'erreurs ce diagnostic pourra conduire.

Il nous suffit de savoir que lorsqu'une femme aura pendant la grossesse ou le travail une hémorrhagie, avec un utérus malformé, si les symptômes permettent de penser que l'on a affaire à une insertion vicieuse du placenta, la

(1) Polaillon, *Annales de gynécologie*, 1877, t. II, p. 162.

thérapeutique à suivre sera la même que pour tous les cas d'hémorrhagie causée par insertion vicieuse du placenta, c'est-à-dire la déchirure large des membranes, et si cela ne suffit pas l'introduction d'un ballon Champetier.

Voyons maintenant ce qui se passe au moment de la délivrance ; il résulte de la malformation utérine que l'incarcération physiologique sera forcément et fatalement troublée puisque les parois utérines n'auront ni l'épaisseur ni la rétractilité normales. Ou l'épaisseur sera trop accusée ou elle le sera trop peu, et alors l'épaisseur trop grande en un point augmentera l'incarcération physiologique, tandis que l'épaisseur trop faible en un autre amènera, pour peu que le placenta soit situé en arrière, la dilatation de cette partie, son amincissement et consécutivement sa rupture par gangrène ou non. Il se passera ce que nous avons vu à propos de l'observation de Dance dans un utérus bicorne.

M. Pinard a vu le même accident se produire chez une femme amenée non délivrée à Lariboisière ; au moment où l'eschare se détacha il se produisit une rupture de la loge qui contenait le placenta.

Dans le cas de malformation utérine les membranes seront plus souvent adhérentes et on observera plus fréquemment leur rétention.

Lorsque ces membranes sont complètes, si on tâche de reconstituer la forme de l'œuf, on voit qu'au point correspondant à l'échancrure de l'utérus, il existe une dépression qui permet de confirmer le diagnostic.

Sans entrer dans le détail de chaque cas l'important est de savoir qu'il faudra presque toujours intervenir pendant la délivrance et extraire artificiellement le placenta. Il y a

des cas dans lesquels on a fait 12 ou 14 fois la délivrance artificielle ; il ne faudra pas attendre aussi longtemps que dans un utérus bien conformé, d'où la nécessité de faire le diagnostic parce que la paroi utérine se force bien plus rapidement et que le moindre effort pourrait amener une rupture.

Nous ne saurions trop insister en terminant sur l'utilité qu'il y a à examiner avec beaucoup de soin l'élément forme de l'utérus gravide et à pratiquer la palpation et la percussion d'une façon rigoureuse. La grossesse rend plus appréciable la forme de l'utérus et permet de voir si elle est régulière, ovoïde ou irrégulière. La forme irrégulière amène une accommodation spéciale qui permet de faire le diagnostic.

Pronostic.

Dans les différentes malformations utérines que nous venons de passer en revue, le pronostic varie suivant la variété à laquelle on a affaire.

D'une façon générale on peut dire que le pronostic est beaucoup plus grave dans ces cas, grave pour le fœtus qui peut ne pas se développer jusqu'à terme, grave pour la mère, en raison des interventions nécessaires.

Dans quelle proportion ce pronostic est-il grave ? Il est impossible à l'heure actuelle de donner des chiffres, les statistiques faites à ce sujet l'ayant été avant les découvertes de l'antisepsie.

On peut dire néanmoins que la gravité du pronostic sera bien diminuée, lorsque les femmes enceintes auront été examinées pendant leur grossesse, car elles pourront alors être surveillées et on pourra souvent parer aux accidents.

Conclusions.

1° Les malformations vaginales qui ont permis la conception n'opposent en général aucun obstacle à l'accouchement.

2° Les malformations utérines quelles qu'elles soient ont sur la grossesse et l'accouchement une influence qui varie suivant le développement de la corne gravide.

a. Quand cette corne est suffisamment développée, la grossesse va à terme et l'accouchement se passe normalement.

b. Si le développement de la corne est insuffisant, on observe alors l'avortement ou la rupture de cette corne.

c. Si la grossesse se produit dans une corne ne communiquant pas avec le vagin, les choses se passent comme dans une grossesse extra-utérine.

3° Dans les utérus cordiformes, les présentations transversales sont fréquentes.

Chaque fois que chez une primipare on aura constaté une présentation transversale franche, on sera presque sûr de se trouver en face d'un utérus cordiforme.

Quand chez une même femme à plusieurs grossesses, le fœtus se présente d'une façon vicieuse, la cause de cette répétition dans les présentations vicieuses est une malformation utérine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Dionis. — Histoire anatomique d'une matrice extraordinaire, à la suite du *Journal de Laroque*. Paris, 1693.

Littre. — *Histoire de l'Académie*, 1705.

Bœhmer. — *Observ. anatom. rara*, II, page 52-56.

Haller. — *Élém. physiol.*, t. VII, lib. XXVIII, page 50.

Tiedemann. — *Journal complet des sciences médicales*, t. VI, p. 371.

Everard Home. — *Mem. of the medical society of London*, 24 sept. 1787.

Wigand. — *Die Geburt der Menschen*, t. I, page 100, 1820.

Chaussier. — *Bulletins de la Facullé de médecine* de Paris, 1817, page 437.

Cassan. — *Recherches sur les cas d'utérus doubles*, thèse de Paris, 1826.

Kretz. — *Recherches sur les cas d'utérus doubles*, thèse de Paris, 1842.

Baudelocque. — *Art des accouchements*, t. I, p. 110.

Is. Geoffroy St-Hilaire. — *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation*, t. II, 1836.

Olivier d'Angers. — *Archives générales de médecine*, 1825, page 215.

Kussmaul. — *Von dem Mangel. der Verkummerung und Verdopplung der Gebœrmutter*. Wurtzburg, 1853.

Lefort. — *Des vices de conformalion de l'utérus et du vagin*, thèse d'agrégation, Paris, 1863.

Dance. — *Archives générales de médecine*, 1829, page 540.

Louis. — *Archives générales de médecine*, 1836, p. 141-150.

Velpeau. — *Traité d'accouchements*, t. I, page 87.

Dumas. — *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1842, p. 161.

Herrgott. — *Essai sur les différenles variélés de forme de la matrice pendanl la gestalion et l'accouchement*, thèse Strasbourg, 1839.

Géry. — *Revue médicale*, 1842, tome IV, page 226.
Walter. — *Revue de chirurgie de Malgaigne*, t. III, page 59.
Réal. — *Sur le traitement préventif de la présentation du tronc*, page 39, thèse Paris, 1852.
Lecluyse. — *Annales de la société de médecine d'Anvers*, févr. 1845
Blot. — *Bulletins de la société anatomique*, 1863, p. 289.
Cruveilhier. — *Anatomie descriptive*, t. II, page 777.
— *Anatomie pathologique*, t. I, 1849.
Playfair. — *Art des accouchements*.
Kœberlé. — *Gazette hebdomadaire*, 1866, nº 34.
Schrœder. — *Traité des accouchements*, traduction Charpentier, page 348.
Nœgelé. — *Traité d'accouchements*.
Kobelt. — *De l'appareit génital, traduit de l'allemand*, par Kaula, Strasbourg, 1851.
Leuckart. — *Illustr. med. Zeitschr.*, 1852, p. 93.
Thiersh. — *Illustr. med. Zeitschr.*, 1852, p. 11.
Bischoff. — *Traité du développement de l'homme*, traduit par Jourdan, Paris, 1843.
Cazeaux. — *Traité d'accouchements*, p. 354.
Moldenhauer. — *Arch. f. gynec.*, 1874-1875.
Farges. — *Contribution à l'étude de la dystocie dans les cas de malformation utérine*, thèse Paris, 1882.
Sourice. — *Étude sur quelques malformations utérines*, th. Paris, 1884.
Meunier-Quéaux. — *D'une anomalie rare dans la conformation de la matrice*, thèse Paris, 1879.
Wurtz. — *Des rapports de certaines malformations utérines avec la grossesse et l'accouchement*. Thèse Paris, 1878.
Budin. — *Bulletins de la société anatomique*, 1875.
Borinski. — *Arch. für gynec.*, 1876.
Muller. — *Arch. für gynec.*, 1873.
Polaillon. — *Annales de gynécologie*, sept. 1877.
— *Archives de tocologie*, 1878, page 118.
Kœlliker. — *Embryologie*, 1882, p. 1019.
Courty. — *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 1881, page 91.
Cassin. — *Archives de tocologie*, déc. 1880, page 753.

de Sinety. — *Traité de gynécologie*, 1884, page 307.
Aug. Olivier. — *Gazette médicale*, 1872, page 163.
Tarnier et Budin. — *Traité d'accouchements*, t. II, pages 198 et 395.
Pinard. — *Traité du palper abdominal*, 1889.
Pozzi. — *Traité de gynécologie*, page 1089.
Bourrus. — *Étude sur les formes anormales de l'utérus gravide*, thèse Bordeaux, 1891.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Avant-propos	5
Historique	7
Développement des organes génitaux de la femme. — Classification	10
Malformations vaginales	17
Malformations utérines	23
I. — Utérus unicorne	23
II. — Utérus didelphe	27
III. — Utérus bicorne	28
IV. — Utérus biloculaire	44
V. — Utérus cordiforme	51
Pronostic	77
Conclusions	79
Index bibliographique	80

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, Saint-Dizier, (Haute-Marne), 30, Passage Verdeau, Paris.